

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Historia

Maestría de Investigación en Historia

**Biopoder, discurso médico y manuales de puericultura en el Ecuador,
1920-1938**

Enma Pilar Chilig Caiza

Tutora: Galaxis Borja González

Quito, 2018

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional		
	Reconocimiento de créditos de la obra	
	No comercial	
	Sin obras derivadas	
Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia		

Cláusula de cesión de derecho de publicación de tesis

Yo, Enma Pilar Chilig Caiza, autora de la tesis titulada “Biopoder, discurso médico y manuales de puericultura en el Ecuador, 1920-1938” mediante el presente documento de constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Investigación de Historia en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda la responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. Entrego a la Secretaría General de la Universidad en esta fecha el ejemplar respectivo de la tesis y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Fecha:

Firma:

Resumen

La presente investigación estudia la forma en que la puericultura configuró una relación entre las prácticas de crianza y la construcción de un tipo de sujeto niño y sujeto madre, en el Ecuador entre 1920 y 1938. A lo largo de este recorrido se indaga en los dispositivos de control social desplegados por el Estado con el fin de modernizar los hábitos y formas de vida de los estratos populares. En este estudio se abordan las instituciones y la normativa creada para la garantizar la atención médica y social de las madres y sus hijos, en el marco de modernización estatal, iniciado en 1925. A su vez, se describe el proceso de consolidación de la puericultura como un saber médico especializado en la década de 1920, los espacios de enseñanza y los dispositivos utilizados para su difusión. Finalmente, se analiza la construcción del binomio madre-hijo, desde la retórica institucional y científica, contenidos en tres publicaciones especializadas publicadas.

El trabajo se inscribe en la subdisciplina de la Historia Cultural. La misma que propone varias entradas de análisis, para esta investigación se ha optado por la perspectiva foucaultiana del biopoder como una herramienta que permitirá dilucidar las maneras en el que el discurso médico funcionó socialmente, y se constituyó en un dispositivo estatal para el control de los sujetos. En este análisis se usan como fuentes primarias publicaciones médicas especializadas, documentación y registros oficiales correspondientes a la Dirección de Sanidad, la Asistencia Pública, la Facultad de Ciencias Médicas, y La Gota de Leche. Asimismo se consideran registros de tipo informativo como la prensa y revistas.

*A Martín y Cristhian, por su amor y paciencia.
A mi madre, mujer incansable.*

Agradecimiento

A mi familia: Martha, José, Javier, Diana, Alex, Daniela y Leonardo. Gracias por impulsarme a ser mejor cada día.

A Cristhian y Martín, mis compañeros de vida.

A mis queridos amigos Lilia Escudero, Robin Grajales, Antonio Negrete, que a pesar de la distancia han sido incondicionales.

Agradezco al Área de Historia de la Universidad Andina, en especial a la doctora Galaxis Borja, tutora de este trabajo investigativo. Gracias por sus enseñanzas y predisposición.

A Rocío Bedón y Manuel Cedeño, encargados del Archivo Histórico del Museo Nacional de Medicina Eduardo Estrella.

Tabla de Contenido

Introducción.....	15
Capítulo Primero.....	23
Proteger a la madre para proteger al niño: Instituciones y normativa para la atención médica social de la madre y su hijo.....	23
1. Entre la caridad y el Estado: Gotas de Leche y Casas Cuna.....	25
2. “El trabajo es incompatible con la maternidad”: consideraciones sobre la legislación para protección a la maternidad e infancia 1928-1938.....	34
3. Para una maternidad y parto guiados por la ciencia: creación de la Sección prenatal, natal y de protección infantil (1935).....	38
Capítulo Segundo.....	43
Intelectuales, instituciones y dispositivos en la construcción del campo de la puericultura.....	43
1. Construyendo el campo de la puericultura: médicos e instituciones.....	44
2. Dispositivos de divulgación de la puericultura.....	52
Capítulo Tercero.....	61
“El niño de hoy será el hombre de mañana”: Técnicas de subjetivación del niño y representaciones de la dupla madre-hijo.....	61
1. Lo que toda madre debe saber: lactancia materna y alimentación metódica.....	64
1.1. “Sea usted la nodriza solo de su hijo”, algunas consideraciones sobre la lactancia natural.....	65
1.2. La ciencia detrás de la alimentación.	68
2. La actividad física y el juego en el disciplinamiento de la población infantil.....	73
Conclusiones.....	77
Bibliografía.....	81
Fuentes primarias.....	81
Bibliografía Secundaria	82

Abreviaturas

GdL:	Gota de Leche
DGS:	Dirección General de Sanidad
DPI:	Departamento de Protección a la Infancia
JBQ:	Junta de Beneficencia de Quito
HPI:	Hogares de Protección Infantil
FCM	Facultad de Ciencias Médicas
SPI	Sociedad Protectora de la Infancia
DGS	Dirección General de Sanidad

Introducción

La presente investigación aborda el binomio madre-hijo construido desde el discurso médico y estatal presente en los manuales de puericultura en Ecuador entre 1920-1938. Para llegar a esta delimitación, la investigación pasó por varias modificaciones previas. En un primer momento, nos planteamos como objeto de estudio las representaciones de la infancia en el Ecuador en la primera mitad del siglo XX. No obstante, las fuentes primarias y el concepto *representación* abarcaban varias posibilidades de investigación (pintura e ilustración, literatura, discursos y prácticas) lo que hacía de esta propuesta demasiado extensa y ambiciosa para un trabajo de maestría. Al final se decidió centrar el análisis en tres publicaciones médicas sobre crianza y protección de la infancia: *Conferencia de Puericultura* (Cuenca, 1926) del doctor Emiliano Crespo, decano de la facultad de Medicina de Cuenca; *Breves nociones de puericultura: para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas* (Quito, 1928) del doctor Carlos Sánchez, profesor de la cátedra de pediatría de la Universidad Central del Ecuador y médico del dispensario de Niños de Quito; y *Por, para y del niño* (Quito, 1936) de Enrique Garcés catedrático de la Universidad Central.

Este nuevo acercamiento evidenció que la puericultura, como discurso médico especializado, construyó una dupla discursiva *madre-hijo*, funcional a los proyectos de modernización social. La pregunta que orientará esta investigación es la siguiente: ¿Cuáles son las representaciones de la infancia y la maternidad que desde el discurso médico guiaron las prácticas de crianza y disciplinamiento del cuerpo del niño entre 1920 y 1938, en el contexto de preocupación estatal por la protección materno-infantil? La hipótesis que planteamos es que los manuales de puericultura configuraron una relación entre las prácticas de crianza y la construcción de un tipo de sujeto niño y sujeto madre, a partir de un discurso biologizante. Esto significó un doble proceso, por una parte se visualizó al niño como un individuo, separado del cuerpo colectivo social, y por otro, efecto de esta subjetivación, se intensificó el control del cuerpo del niño y la madre. Estos dispositivos intentaron cambiar la forma de entender la niñez y la maternidad, modernizar los hábitos y modos de vida de todos los estratos sociales, elementos funcionales a los propósitos de administración estatal y control de la población. La nueva propuesta nos permite establecer un análisis concreto, inscrito en la

Historia Cultural. Además, las fuentes primarias son de fácil acceso y los instrumentos conceptuales para el análisis histórico se desprenden de la materialidad documental y la pregunta de investigación.

La Historia Cultural propone varias entradas de análisis. Para esta investigación hemos optado por la perspectiva foucaultiana de **biopoder** como una herramienta que permitirá dilucidar las maneras en el que discurso médico funciona socialmente, y se constituye un dispositivo gubernamental para el control de los sujetos desde las dimensiones biológicas y corporales.¹ Dos de los tres instrumentos conceptuales para este estudio son *subjetivación* y *discurso*. Entenderemos la subjetivación como el proceso mediante el cual el ser humano se convierte en sujeto. Michael Foucault en *El sujeto y el poder* (1988) señala que hay dos significados de sujetos: uno “sometido otro a través del control y la dependencia” y otro “atado a su propia identidad por la conciencia o el conocimiento de sí mismo.”² Estas distinciones dan luces a nuestra investigación, ya que por una parte, el discurso médico y estatal configura el cuerpo-niño y el cuerpo-madre en objetos de investigación e intervención social. Por otra parte, los manuales de puericultura transmitirán conocimientos que pretenden transformar a los niños en sujetos autogobernados.³

Los procesos en los que el sujeto se convierte en objeto de intervención social están acompañados de discursos y “prácticas divisorias” encargadas de establecer categorizaciones y divisiones entre individuos.⁴ Para Foucault, los discursos son prácticas atravesadas por el poder y el saber, las mismas que construyen sistemas de exclusión y voluntades de verdad con un soporte y distribución institucional.⁵ El discurso médico se construye a partir de consideraciones de cientificidad que desestiman las prácticas empíricas y tradicionales relacionadas con la reproducción y la crianza infantil, y establecen la autoridad médica como la única portadora de verdad, en tanto es funcional para los intereses del poder estatal. De esta forma, los saberes se

¹ Michael Foucault, *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber.*, vol. 1, 3 vols. (México: Siglo Veintiuno, 1977).

² Michel Foucault, “El sujeto y el poder”, *Revista Mexicana de Sociología* 50, núm. 3 (1988): 3–20, <https://doi.org/10.2307/3540551>, 7.

³ José Carlos Loredó, “Cultivar bebés, gobernar ciudadanos: un viaje de ida y vuelta por la puericultura española moderna.”, *Revista de Historia de la Psicología*, núm. 37 (2016): 47–54; José Carlos Loredó y Belén Jiménez Alonso, “Small Citizens: The Construction of the Child in the First Subjectivity Spanish and Latin American Childcare”, *Universitas Psychologica* 13, núm. SPE5 (diciembre de 2014): 1955–65, <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.pccs>.

⁴ Foucault, “El sujeto y el poder”.

⁵ Michael Foucault, *El orden del discurso* (Buenos Aires: Tusquets Editores, 1992).

constituyen en mecanismos de sujeción y control del cuerpo del niño y la madre, que se instrumentan en el lenguaje e introducen categorías binarias como normal/anormal, bueno/malo, científico/ empírico, salud/enfermedad las mismas que estarán presentes en los discursos médicos de la época, y generan la necesidad de enfermar para curar característico de las sociedades disciplinadas.⁶

Otro elemento crucial en esta investigación es la discusión del concepto *infancia*. Según Ana María Cadena⁷ y Rosemarie Terán,⁸ en el Ecuador entre 1920 y 1938 el concepto de infancia se transforma en base a dos consideraciones: 1) el elevado índice de mortalidad infantil y el decrecimiento demográfico que acentúa la idea indefensión y debilidad como características inherentes de los niños; 2) las leyes de instrucción pública definen al niño en relación a su edad escolar. De esta forma “dejó de verse como una mera transición hacia la edad adulta y pasó a considerarse como un momento de la vida, con entidad y función propias, en el que debían inculcarse las aptitudes adecuadas que, más adelante, debía poseer cualquier “buen ciudadano”.⁹ Los sujetos históricos que se pronuncian a través del discurso médico recrean una visión biopsicosocial,¹⁰ que percibe al niño como un ser incompleto que debe ser protegido y es dependiente de un adulto.¹¹

De esta discusión teórica, surge la preocupación por estudiar los manuales de puericultura y publicaciones médicas sobre crianza y protección infantil en el Ecuador entre 1920-1938. En cuanto responden a una problemática social en la que se evidencia un interés estatal por controlar los aspectos biológicos y corporales de las poblaciones. Ante esto, Luc Boltanski (1974) plantea que los catecismos de puericultura,

⁶ Ceballos Garibay, “*Foucault...*”.

⁷ Enma Chilig, “‘Los seres débiles son la causa de la decadencia de las naciones’. Control y protección de la infancia en el marco de la institucionalización de la higiene en Quito entre 1914 -1937” (Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2017), <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/13344>.

⁸ Rosemarie Terán Najas, “La escolarización de la vida: el esfuerzo de construcción de la modernidad educativa en el Ecuador: (1821-1921)” (2015), <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Educacion-Rteran>.

⁹ Rafael Huertas, *Los laboratorios de la norma: medicina y regulación social en el estado liberal*. (Barcelona: Editorial CSIC, 2008), 85.

¹⁰ La visión biopsicosocial adoptada por autores como Durkheim (1975) considera la infancia como el período en el que la persona se prepara para la vida social

¹¹ Cecilia Satriano, “El lugar del niño y el concepto de infancia”. *Extensión Digital: Revista de La Secretaria de Extensión Universitaria - Facultad de Psicología.*, 3, (2008), 1–6. Pavez Soto, “*Sociología de la Infancia...*”

posteriormente conocidos como “manuales”,¹² escritos principalmente por médicos, estaban dirigidos a las mujeres de clases populares con el fin de civilizarlas, hacerlas más productivas y ordenadas.¹³ No obstante, estos programas y textos no tuvieron el resultado esperado, ya que estas mujeres no compartían el mismo capital cultural que los autores, y generalmente reinterpretaban los consejos médicos en función de sus condiciones de vida.¹⁴ En el país, este tipo de documentación ha sido utilizada como un recurso de información,¹⁵ y no se registran estudios históricos que profundicen en la puericultura como objeto de interés. Empero, destacamos los aportes de Ana Briolotti,¹⁶ para el caso argentino; Cecilia Alfaro Gómez para México;¹⁷ en Brasil, Claudia dos Santos Lamprecht,¹⁸ y Alexandra Mina Stern en Estados Unidos.¹⁹ Estos aportes contribuyen a entender los límites de la aplicación y difusión de la puericultura y cuestionarnos sobre otros mecanismos o instituciones de control que den cuenta de los procesos de penetración estatal en la cotidianidad, las diferentes estrategias adoptadas de acuerdo a las demandas sociales, la forma como los individuos construyeron significados a partir de este tipo saber. Por último, estos acercamientos mencionan la relación madre-niño-Estado, más no profundizan en esta problemática.

¹² Los manuales o catecismos de puericultura fueron escritos de tipo pedagógico, que buscaban enseñar a las mujeres la forma “legítima” de cuidar a los hijos, en ellos se indicaba como alimentar, vestir, guiar el juego y la actividad física, etc. Estos aparecieron entre 1885-1990, como parte de un programa de divulgación de la puericultura que tenía como fin regular la vida privada de las personas, mediante la instrucción escolar en temas relacionados con el hogar. A partir de 1900, la puericultura y los manuales, adquieren características modernas, gracias a la introducción de innovaciones del conocimiento científico. De esta forma se constituyeron en tratados de reproducción humana fundamentados en principios eugenésicos, ya que abarcaban todas las etapas de la vida, desde la selección de la pareja, la concepción y la crianza en sí hasta la pubertad. Luc Boltanski, *Puericultura y moral de clase* (Barcelona: Laia, 1974), 14-15.

¹³ Boltanski, *Puericultura y moral de clase*.

¹⁴ Loredó y Jiménez Alonso, “Small Citizens”; Ana Briolotti, “Las relaciones entre pediatría, puericultura y saberes *psi* en el Río de la Plata (1930-1963)” (IV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología y III Encuentro de Becarios de Investigación (La Plata, 2014), La Plata: Universidad Nacional de La Plata, 2014), 240-49, <http://hdl.handle.net/10915/51490>.

¹⁵ Kim Clark, “Género, raza y nación: La protección de la infancia en el Ecuador (1910-1945)”, en *Antología de Estudios de Género* (Quito: FLACSO Sede Ecuador, 2001), 183-210.

¹⁶ Ana Briolotti, “Educando a los padres argentinos: un análisis a través de los manuales de puericultura de Aráoz Alfaro y Garrahan”, *Avances del Cesor* 13, núm. 15 (diciembre de 2016): 39-60.

¹⁷ Cecilia Alfaro Gómez, “Puericultura, higiene y control natal. La visión de Esperanza Velázquez Bringas sobre el cuidado materno-infantil en México, 1919-1922”, *Historia Autónoma*, núm. 1 (septiembre de 2012): 108-19.

¹⁸ Cláudia Amaral Dos Santos Lamprecht, “Conselhos às mães: manuais de puericultura como estratégia biopolítica na constituição de infâncias saudáveis e normais”, *TEXTURA - ULBRA* 16, núm. 32 (el 13 de noviembre de 2014), <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1252>.

¹⁹ Alexandra Minna Stern, “Making Better Babies: Public Health and Race Betterment in Indiana, 1920-1935”, *American Journal of Public Health* 92, núm. 5 (mayo de 2002): 742-52.

La investigación considera los aportes que la antropóloga canadiense Kim Clark ha realizado sobre la protección de la infancia en el Ecuador.²⁰ Estos estudios constituyen interlocutores importantes para el análisis de la construcción de la infancia y la maternidad, dado que la autora identifica un escenario, entre 1895-1950, en el que confluyeron diversos proyectos enfocados en la modernización del Estado, a través de la intervención en las actividades cotidianas de la sociedad. Además, plantea cómo a partir del postulado liberal sobre el cuidado del niño pobre y vulnerable, la mujer adquiere un importante rol en las actividades de protección de la infancia, y la madre se convierte en un actor clave en la vida de los niños.²¹ En ese camino, marca algunas pautas sobre las prácticas y programas de protección de la infancia durante la primera mitad del siglo XX, que serán retomadas en el presente análisis.²²

Mi investigación se establece sobre el mismo escenario. No obstante, se centra en profundizar en las representaciones de la maternidad y la infancia que construyen los manuales de puericultura. Esto nos permite establecer un espacio de introspección sobre la dimensión biopolítica de los programas de protección de la infancia y los servicios de salud, enfatizando en los procesos de subjetivación y disciplinamiento del cuerpo de niño y de la madre.

Las aproximaciones históricas sobre el binomio discursivo madre-hijo en el país han sido trabajadas por Enma Chilig,²³ quien desde una perspectiva de la historia de la infancia, esboza un primer acercamiento a la forma en que el discurso médico construye esta dupla, que somete al niño la dependencia de un adulto, generalmente su madre. Este estudio no avanza más allá de esta reflexión, y constituye una mirada introductoria sobre la problemática que deseamos abordar. Otros aportes provenientes de los estudios de género, dibujan el proceso configuración de una serie de imaginarios de maternidad, que entraran en disputa a partir de la medicalización del parto, el establecimiento del

²⁰ Kim Clark, "Gender, Class, and State in Child Protection Programs in Quito.", en *Gender, State, and Medicine in Highland Ecuador: Modernizing Women, Modernizing the State, 1895-1950*, Pitt Latin American Studies (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 2012), 33-77; "Género, raza y nación: La protección de la infancia en el Ecuador (1910-1945)", en *Antología de Estudios de Género* (Quito: FLACSO Sede Ecuador, 2001), 183-210.

²¹ Clark, "Gender, Class, and State...", 33.

²² Complementan este panorama los aportes de Ana María Goetschel, quien desde los estudios de género, indaga en el establecimiento de los nuevos roles de la mujer introducidos por el liberalismo y la revolución juliana. Además, señala que a partir del movimiento juliano se enfatiza en la maternidad como la base para la protección de la infancia. Ana María Goetschel, *Educación de la mujeres, maestras y esferas públicas* (Quito: FLACSO Sede Ecuador; Abya Yala, 2007), 116.

²³ Chilig, "'Los seres débiles son la causa de la decadencia de las naciones'. Control y protección de la infancia en el marco de la institucionalización de la higiene en Quito entre 1914 -1937".

deber ser de la madre como responsabilidad con el Estado,²⁴ la educación²⁵ y la definición de roles de género.²⁶ Por otra parte, los trabajos de María Elena Bedoya²⁷ y Rosemarie Terán,²⁸ quienes, si bien no profundizan en el tema del biopoder o el binomio madre-hijo, nos introducen en el campo de los espacios lúdicos, los objetos culturales y las representaciones de la infancia²⁹ como referentes de producción de sentido que no son definitorios pero permiten recorrer los procesos de “invención de la infancia ligados a las vivencias familiares, los escenarios escolares y el mundo social”.³⁰ Estos acercamientos dan pie a cuestionarnos sobre la forma en que la puericultura incide en estas construcciones, o si establece otro tipo de ideales asociados a la maternidad y la infancia.

A nivel regional las discusiones sobre la relación madre-hijo-Estado son variadas. Entre estos encontramos dos tendencias de análisis: 1) aquella enfocada en el estudio del discurso médico,³¹ y 2) aquella que abordan las normativas e instituciones de protección materno-infantil.³² Las aproximaciones desde el discurso médico aportan elementos importantes para la problematización de nuestra investigación, en cuanto iluminan en el papel de las madres en los procesos de divulgación. Por ejemplo, en México llegaron a constituirse en “aliadas domésticas” del saber médico. Así mismo, las exploraciones sobre la normativa e instituciones dan cuenta de un contexto compartido en la temporalidad de interés. Estos aportes realizados para Perú,³³

²⁴ Sophia Checa Ron, “Prostitución femenina en Quito: actores, perspectiva moral y enfoque médico (primera mitad del siglo XX)”, *Procesos. Revista ecuatoriana de historia* 0, núm. 43 (2016): 121–46.

²⁵ Katerinne Orquera Polanco, “La agenda de los gobiernos liberales-radicales respecto a la instrucción pública, especialmente de las mujeres (1895-1912)” (Maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, 2013), <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3788>.

²⁶ Goetschel, *Educación de la mujeres, maestras y esferas públicas*; Ana María Goetschel, *Mujeres e Imaginarios. Quito en los inicios de la modernidad* (Quito: FLACSO Sede Ecuador, 1999).

²⁷ María Elena Bedoya, *Triciclos: Espacios lúdicos y objetos culturales de la infancia en el Ecuador entre 1890-1940* (Quito: Banco Central del Ecuador, 2008).

²⁸ Terán Najas, “La escolarización de la vida”.

²⁹ Bedoya define como objetos culturales a los artefactos como juguetes, libros de lectura y juegos que acompañan al niño en sus crecimiento,

³⁰ María Elena Bedoya, *Triciclos: Espacios lúdicos... 7*.

³¹ Claudia Agostoni, “Discurso médico, cultura higiénica y la mujer en la ciudad de México al cambio de siglo (XIX –XX)”, *Mexican Studies/Estudios Mexicanos* 18, núm. 1 (2002): 1–22, <https://doi.org/10.1525/msem.2002.18.1.1>; Enrique Nóbrega, *La mujer y los cercos de la modernización: los discursos de la medicina y el aparato jurídico* (Caracas: Fundación CELARG, 1997).

³² Decsi Arévalo Hernández, “Muchas acciones y una solución distante. Mecanismos gubernamentales de protección social en Bogotá, 1930-1945”, *Historia Crítica*, el 19 de abril de 2017, <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/abs/10.7440/histcrit39E.2009.09>.

³³ María Emma Mannarelli y Betty Alicia Caro, “Una aproximación histórica a la salud infantil en el Perú: las mujeres en el cuidado de la infancia (1900-1930)”, *Investigaciones Sociales* 15, núm. 27 (2011): 445–55.

Colombia³⁴ y Ecuador³⁵ señalan que a inicios del siglo XX, los Estados latinoamericanos se convirtieron en los principales agentes de los sistemas de salud, a través del establecimiento de legislaciones sanitarias y el apoyo estatal en la formación médica.³⁶

Además de los manuales señalados, la investigación se nutre de un abanico de fuentes de carácter institucional, normativo y pedagógico. En primer lugar, se incluyen registros que dan cuenta de la administración de la Asistencia Pública y la Dirección de Sanidad correspondientes a Actas de sesión del directorio de la Junta de Beneficencia; así como también, correspondencia oficial (informes, comunicados, solicitudes) establecida con instituciones de atención y enseñanza médica como la Maternidad de Quito, La Gota de Leche, la Facultad de Medicina de la Universidad Central en Quito, entre otras dependencias sanitarias; esta documentación se encuentra en el archivo adscrito al Museo Nacional de la Medicina “Eduardo Estrella”. Además, se hace uso de publicaciones y folletería del Instituto Nacional de Previsión Social, de índole médico-científico, escritos de autoras feministas y de carácter religioso, informes ministeriales y legislativos, y notas de prensa que relatan las actividades realizadas por varias instituciones en defensa del niño, y para evaluar el desempeño de la madre. La pesquisa de archivo evidencia la existencia de un escenario y un cuerpo social en donde se despliegan los discursos sobre el cuidado infantil y la maternidad. Además, revela las tensiones y disputas que genera la penetración e intervención del Estado, a través de los saberes especializados, en poblaciones cuyas lógicas de cuidado infantil se regían por la tradición y los conocimientos empíricos.

Esta investigación está compuesta por tres capítulos. En el primero identifica las formas en que el Estado buscó regular y controlar las prácticas de protección de la materno-infantil. En el segundo capítulo describe el proceso de consolidación de la puericultura en el Ecuador, los espacios de enseñanza y los dispositivos utilizados para

³⁴ Jorge Márquez Valderrama, “Presentación del dossier ‘Cuerpo, enfermedad, salud y medicina en la historia’”, *Historia Crítica*, núm. 46 (el 19 de abril de 2017): 11–16.

³⁵ Germán Rodas, *Revolución juliana y salud colectiva*, Colección popular 15 de noviembre 12 (Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; Corporación Editora Nacional, 2012); (Estrella, Eduardo, *Medicina y estructura socio-económica* (Quito: Belén, 1980).

³⁶ Ana María Carrillo, “La ‘Civilización’ del Amor”, en *Amor e historia*, La expresión de los afectos en el mundo de ayer (México: Colegio de México, 2013), 409–40, <http://www.jstor.org/stable/j.ctt14jxp05.20>; Óscar Saldarriaga, Javier Sáenz Obregón, y Armando Ospina, *Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946. Raza, examen, método y sociedad.*, vol. 2 (Medellín: Foro Nacional por Colombia, 1997). Natalia María Gutiérrez Urquijo, “El certificado médico prenupcial en Antioquia (Colombia), 1933-1936”, *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local* 9, núm. 17 (el 1 de enero de 2017): 221–49, <https://doi.org/10.15446/historelo.v9n17.55511>.

la difusión de este saber especializado. El tercer capítulo analiza las técnicas de subjetivación infantil recomendadas en los manuales de puericultura y que construyen imaginarios de la infancia y la maternidad históricamente situadas. Este último capítulo enfatiza en dos discursos que consideramos constitutivos del proceso de subjetivación del niño: a.) la lactancia y la alimentación, y b) el juego y la actividad física.

Capítulo Primero

Proteger a la madre para proteger al niño: Instituciones y normativa para la atención médica social de la madre y su hijo.

Este capítulo examina el trayecto de la institucionalización de la atención materno-infantil en el Ecuador, a través de las obras de protección social de sociedades de beneficencia y las acciones de ideólogos políticos, especialmente médicos, que contribuyeron en la visibilización del niño y su madre como objetos de interés estatal, en una coyuntura de corte socialista, iniciado en 1925 con la llamada Revolución juliana.

Para esto, se ha identificado tres momentos que delinearon el proceso que inicio a finales del siglo XX, con la irrupción de las transformaciones liberales, mismas que fueron ampliadas en el ciclo de gobierno que devinieron de la Revolución juliana. En primer lugar se caracterizan dos obras de atención para madres trabajadoras y sus hijos inauguradas en la década de 1920, en las que se busca fomentar el ejercicio e instrucción de la puericultura e higiene. Instituciones que fueron concebidas y administradas bajo una lógica de caridad y beneficencia. Más adelante, se analiza la normativa emitida para la protección de la infancia y la maternidad en 1928, en un contexto en el que la protección de la maternidad se consideró como parte fundamental dentro de los programas de atención a la niñez, y en el que el trabajo femenino se asumió como un “peligro” para dicha función biológica y social. Por último, se estudia la creación de la Sección prenatal, natal y de protección a la infancia en 1935, como parte de los esfuerzos estatales por estructurar un sistema de salud que atendiera a todas las necesidades de la sociedad.

En la década de 1920, en Quito se inauguraron dos obras cuyo objetivo era contribuir a salvaguardar la vida de los niños en su primera infancia. La Gota de Leche y la Casa Cuna del Asilo Antonio Gil fueron instituciones de atención médica y social, organizadas y administradas por sociedades de caridad de carácter privado, que gozaron de una limitada subvención estatal. Por su parte, la ciencia médica utilizó estos espacios para vigilar el desarrollo biológico del niño.

La creación de este tipo de instituciones en el país estuvo asociado por una parte, a un movimiento internacional que visibilizaba a los niños como un ser indefenso

que requería de protección para salvaguardar su vida;³⁷ y por otra parte, a una agenda política, durante los gobiernos liberales y julianos, en la que el campo de la salud ocupó un lugar privilegiado.

A raíz de irrupción de los gobiernos liberales (1895), se organizó una serie de instituciones y un corpus legislativo que contribuyera a fortalecer la capacidad de administración estatal, la centralización del poder y materializar la presencia del Estado en la sociedad. Estas acciones buscaban romper con la hegemonía que la iglesia católica había mantenido en la sociedad, especialmente en el campo de la salud y la administración de casas de beneficencia. Así, la Junta de Beneficencia de Quito (JBQ, 1896) y el Servicio de Sanidad (1908)³⁸ constituyeron dos de las principales entidades gubernamentales, con características diferentes, que intervinieron directamente en áreas específicas de la protección de la infancia. Además, se encargaron de la observación, coordinación y participación parcial en el establecimiento de iniciativas subordinadas de carácter público, privado o mixto.

A pesar de ser una institución estatal, la JBQ estuvo administrada por un grupo de hombres notables con fuerte influencia en la sociedad,³⁹ que desempeñaron sus funciones en calidad de *ad-honorem* y no fueron funcionarios públicos. Esta lógica se reprodujo en los servicios subordinados a su cargo, los mismos que funcionaban con una visión de beneficencia enfocada a la atención de los pobres, y en los que las Hermanas de la Caridad participaron como dispensadoras de cuidados y servicios de asistencia social, hasta aproximadamente la década de 1910, cuando inició un proceso de desplazamiento de las religiosas dentro de la estructura y manejo de las casas de asistencia.⁴⁰

³⁷ En 1919, se fundó la organización Save the Children para la protección de niños afectados por la guerra. La misma organización ayudó a la creación de proyectos como el Comité de Socorros de la Infancia (1920) y elaboró la primera declaración de los derechos del Niño (1923).

³⁸ Servicio que fue organizado primero en Guayaquil a raíz de la infección de peste bubónica.

³⁹ Entre los que se encontraban médicos, abogados, comerciantes, grandes propietarios locales, en sí hombres destacados de la sociedad.

⁴⁰ Mariana Landazuri en su aproximación a la historia del Hospicio San Lázaro de Quito profundiza en las tensiones entre las Hermanas de la Caridad y los nuevos administradores, especialmente directores, que intentan reorganizar las diferentes casas de asistencia que se mantuvieron a cargo de las religiosas, a pesar de las reformas legislativas que traspasaron las atribuciones de las comunidades religiosas a la Junta de Beneficencia. En este contexto, también ilumina en las estrategias aplicadas por las religiosas para evitar ser desalojadas de estos establecimientos. Véase: Mariana Landázuri Camacho, *Salir del encierro: medio siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro*, vol. 30, Colección histórica (Quito: Banco Central del Ecuador, 2008).

El Servicio de Sanidad a diferencia de la JBQ fue concebida con una visión de saneamiento de la infraestructura productiva y comercial, y control de enfermedades infectocontagiosas. De tal forma, que su enfoque fue eminentemente preventivo contrario a la acción curativa ejercida por los servicios dependientes de la JBQ. Esta visión cambió a mediados de la década de 1920, con el establecimiento de gobiernos de corte socialista, quienes transformaron la forma de entender la salud y el papel del Estado como proveedor de servicios. En este contexto, se emitió una nueva Ley de Sanidad y Asistencia Pública (1926), con las que se pretendía superar la lógica “pragmático-comercial y la visión de beneficencia” que había caracterizado a las instituciones de atención médica y asistencia. La nueva legislación sanitaria asignó a la Junta de Asistencia Pública como el ente a cargo de los hospitales públicos; además, organizó el Sistema Nacional de Sanidad que estaría a cargo de la medicina preventiva, la lucha contra enfermedades sociales como la tuberculosis, el alcoholismo, la protección de la infancia. Además, podía intervenir a nivel local o nacional en asuntos de higiene infantil, escolar, industrial y obrera, urbana, de alimentos, entre otras.⁴¹

1. Entre la caridad y el Estado: Gotas de Leche y Casas Cuna.

Las instituciones creadas para el cuidado de los niños fueron parte del el proceso en el que familia moderna se constituyó en un objeto de la política durante las primeras décadas del siglo XX; fenómeno denominado por Jaques Donzelot (2008) como “movimiento de reforma de la familia”.⁴² La atención médica y social fueron los mecanismos a través de los cuales el Estado logró insertarse en la cotidianidad de las personas, al pretender regular sus actividades a partir del establecimiento de normas básicas para el cuidado del cuerpo, y el comportamiento, que debían ser imitadas en el seno familiar.⁴³ Sin embargo, en el caso ecuatoriano, antes de la Revolución juliana, el estado no logró asumir completamente su rol de intervención y proveedor de servicios de salud infantil. Dichos servicios estuvieron a cargo de instituciones privadas, cuya

⁴¹ Jessica Albán, *Historia del Hospital de Portoviejo “Dr. Verdi Cevallos Balda”* (Quito: Spi, 2006).

⁴² Donzelot, *La policía de las familias : familia, sociedad y poder*, 10.

⁴³ Así, la normativa respecto a la conducta no se limitaba al plano social, sino que el Estado logra adentrarse en prácticas de la vida privada como la regulación del comportamiento conyugal y sexual. La profilaxis venérea, el control sanitario de la prostitución y la reproducción humana se inscriben en una serie de políticas e idearios que buscan el mejoramiento racial bajo el poder legitimador de la autoridad científica invocada por la genética y el evolucionismo. Laura Suárez y López-Guazo, “La Sociedad Mexicana de Eugenesia: selección y mejoramiento racial”, en *El darwinismo en España e Iberoamérica*, ed. Thomas Glick, Rosaura Ruiz, y Miguel Ángel Puig-Samper (México D.F: Universidad Nacional Autónoma de México; Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Ediciones Doce Calles, 1999), 187–197.

gestión contribuyó a reducir la mortalidad infantil mediante la vigilancia de la alimentación y el control de las prácticas maternas de cuidado. Ese no fue el caso de las instituciones subvencionadas exclusivamente por el Estado, ya que a decir de la comunidad médica, el déficit fiscal⁴⁴ limitaba los resultados con los que fueron concebidos dichas obras de protección a la infancia.

La implementación del primer dispensario de Gota de Leche (GdL) fue iniciativa del doctor Enrique Gallegos Anda, profesor de Clínica médica en la Universidad Central, quien durante sus años como becario en Europa, había podido observar los resultados logrados por las Gotas de Leche.⁴⁵ Mientras que el financiamiento y administración estuvo a cargo de la Sociedad del mismo nombre fundada en 1919. Así, el 15 de agosto de 1920 se fundó el primer dispensario de este tipo con el fin de distribuir leche esterilizada entre los niños menores de dos años para su alimentación, el fomento de la lactancia materna, y la divulgación higiénica.

El sistema de las GdL fue creado en Francia en 1892, como resultado de la atención que el Estado dio a los programas de protección médica infantil. Se establecieron visitas domiciliarias e inspecciones de los niños bajo el cuidado de nodrizas, que posteriormente fueron reemplazadas por los Consultorios de bebés o lactantes (*Consultations de Nourrissons*) y las Gotas de Leche (*Goouttes de Lait*). El objetivo principal de dichas instituciones era mejorar “los métodos deficientes de la alimentación infantil” considerado como el principal factor de mortalidad en niños en la primera infancia. Para lo cual, se introdujeron una variedad de servicios como la supervisión médica, educación para las madres y asistencia social.⁴⁶ Otro modelo de protección de la temprana infancia fue el de inspiración anglosajona que llevaba el nombre de Depósitos de Leche y que aparecieron en 1899. En Inglaterra los centros de distribución de leche esterilizados rara vez se asociaron con las ideas de educación y consejería médica. A diferencia del sistema francés, que tenía la política de suspender el suministro de leche “si el niño no e[ra] llevado regularmente para ser pesado y examinado por un médico”, en los depósitos ingleses y estadounidenses la supervisión

⁴⁴ La economía experimentó un declive causada por el descenso en las exportaciones entre 1914 y 1918, y se intensificó con la quiebra del sector cacaotero a finales de 1920.

⁴⁵ Luis Dávila, “La gota de Leche, lo que se puede aguardar en Quito de esta obra de protección infantil.”, *Anales de la Universidad Central del Ecuador*, núm. 246 (junio de 1923): 199–254.

⁴⁶ Catherine Rollet, “The fight against infant mortality in the past”, en *Infant and child mortality in the past*, ed. Alain Bideau, Bertrand Desjardins, y Héctor Pérez Brignoli (New York: Clarendon Press Oxford, 1997), 47.

no fue tan estricta y era ejercida por enfermeras o inspectores subordinados al director médico de dichas instituciones.⁴⁷ Por otra parte, la variante anglosajona privilegiaba la recopilación de datos estadísticos, recurso que a decir del historiador español Esteban Rodríguez Ocaña, constituyó su principal aporte. La introducción de métodos estadísticos facilitó la organización de información para la elaboración de tablas de crecimiento. En general, las GdL constituyeron un laboratorio que permitió a los médicos conocer de cerca los procesos normales y anormales del desarrollo del niño, producidos por el tipo de alimentación administrada.

En el Ecuador, como en gran parte de los países del subcontinente americano, se estableció el modelo francés con variantes que se adaptaban a la realidad de cada nación. Desde un inicio estos establecimientos procuraron llevar un registro detallado de los niños beneficiarios, que dependiendo de su estado de salud, debían ser trasladados por las madres a la consulta por lo menos una vez por semana, a fin de ser “observados, pesados, bañados y medidos”.⁴⁸ Esta información debía utilizarse para la elaboración de curvas de crecimiento y estadísticas sobre la calidad de la alimentación de las familias de sectores populares. Dichos resultados no han sido incluidos en informes oficiales de la institución, más bien formaron parte de estudios especializados de los estudiantes de la Facultad de Medicina, que trabajaron como médicos internos. En los que se revelaron datos que colocaron a la gastro-enteritis como la principal causa de muerte registrada, en los tres primeros años de funcionamiento, seguida por las diversas formas de diarrea, la bronquitis, las fiebres eruptivas y la gripe.⁴⁹ Desde la perspectiva de los médicos, estas enfermedades estaban asociadas con la falta de cuidados y el desconocimiento de las madres sobre el cuidado científico de sus hijos, por lo cual, la labor de divulgación higiénica y de puericultura a fin de contribuir al desarrollo de la afectividad hacia los hijos; y vigilancia de la alimentación, especialmente en casos de aplicar métodos de lactancia alternativos como la artificial o la mixta, fueron ejes centrales del servicio de GdL.

Adicionalmente a la distribución de leche esterilizada, las GdL se encargaron del cuidado de los recién nacidos mediante el consejo médico sobre alimentación e higiene

⁴⁷ G. F. McCleary, “The Infants’ Milk Depot: its History and Function”, *The Journal of Hygiene* 4, núm. 3 (julio de 1904): 339.

⁴⁸ Muñoz, “La implantación...”, 5.

⁴⁹ Antonio Bastidas, *Contribución al estudio de la protección de la Infancia en el Ecuador y Demografía Nacional* (Quito: Imprenta Municipal, 1924), 24.

y el fomento de la lactancia materna en los “sectores populares”.⁵⁰ Sin embargo, varios médicos denunciaban que la institución, lejos de promover la lactancia materna contribuía a reemplazarla con métodos alternativos de alimentación. Por lo cual, Luis Dávila señalaba que este tipo de servicios debía enfatizar en la capacidad de las madres para la lactancia, y proponía que para aquellas que no pudieran amamantar a sus hijos tenían que optar por otra obra de protección de la infancia, como la Casa Cuna cuyo objetivo se centraba en ayudar a las madres con la crianza de sus niños. En efecto, para alcanzar los objetivos, el modelo de GdL planteaba la necesidad de trabajar en conjunto con Consultorios Médicos y las Casas-Cuna. La instauración de estos servicios buscaba establecer a un estricto control sobre los diferentes aspectos de la vida del niño como la alimentación, el cuidado del cuerpo y la educación.⁵¹

En el Ecuador, en la temporalidad de estudio, se crearon dos Sociedades de Gota de Leche en Quito con tres dispensarios distribuidos por la ciudad, y una en Cuenca bajo el nombre de Asilo Tadeo Torres (1925). En Guayaquil la Sociedad Protectora de la Infancia (1904) y la Sociedad de Puericultura (1918) se encargaron de la creación de este tipo de servicios para niños. Las GdL se fundaron bajo el auspicio del sector privado, en forma de Sociedades, por su parte, el Estado tuvo un papel significativo al garantizar su permanencia,⁵² sin estar asociado en la prestación de servicios o su dirección. De hecho, el cuerpo médico encargado de las consultas diarias trabajaba en calidad de *ad-honorem*, y si bien estaban relacionados con entidades estatales como la Facultad de Medicina o la Junta de Beneficencia, esto no intervenía con la organización y procesos internos establecidos por las socias a cargo. Por lo cual, su labor era limitada, ya que la consulta estaba a cargo de siete galenos diferentes, distribuidos uno por día. Ante lo cual, el antes mencionado Dávila enfatizaba que para el mejoramiento de los servicios del dispensario era necesario que la dirección y administración técnica estuviera a cargo de un solo profesional, bien remunerado para que asumiera las responsabilidades que han sido dejadas de lado por los médicos *ad-honorem*.

Esteban Rodríguez Ocaña y T Ortiz Gómez, “Los Consultorios de Lactantes y Gotas de Leche en España”, *Jano* XXIX (1985): 1066–77.⁵⁰ Sociedad de La Gota de Leche, *Reglamento interno de La Gota de Leche* (Quito: Imprenta del Clero, 1923); Esteban Rodríguez Ocaña y T Ortiz Gómez, “Los Consultorios de Lactantes y Gotas de Leche en España”, *Jano* XXIX (1985): 1066–77

⁵¹ Estos servicios estaban dirigidos especialmente a madres trabajadoras, mujeres que por causas económicas o físicas no pudieran garantizar la alimentación y cuidado de sus hijos.

⁵² En 1920 el Congreso Nacional asignó a la Sociedad Gota de Leche una subvención correspondiente al sesenta por ciento del producto del impuesto a las herencias. Con lo que se logró aumentar del número de niños inscritos en el primer dispensario, y la fundación de un nuevo local (1921) anexo a una segunda Consulta de niños. Luis Dávila, “La gota de Leche...”, 224.

Por su parte, el médico Antonio Bastidas abogaba por “la unificación técnico-administrativa” de todas las instituciones de asistencia a niños, y de esta forma dirigir las obras de protección infantil hacia un mismo fin y en concordancia con las necesidades del medio nacional,⁵³ visión que se materializaría en 1937 con la emisión de la Ley de Hogares de Protección.

A pesar del éxito de la Sociedad y sus dispensarios de GdL. Los informes y estudios médicos sobre protección a la infancia aseguraban que en Quito las obras de este tipo, no cumplieron con los objetivos con los que fueron concebidas, especialmente por la inestabilidad y carencias económicas.⁵⁴ Mientras, en Guayaquil, en cambio, entidades como la Junta de Beneficencia de Guayaquil y la Sociedad Protectora de la Infancia se habían consolidado en este campo y conseguido resultados exitosos. Luis G. Dávila en 1923 señalaba que dicho éxito se debía a la contribución económica de las élites guayaquileñas, quienes encontraban en este tipo de acciones un medio de legitimación social.⁵⁵ Según Patricia de la Torre, el caso guayaquileño fue, no obstante, excepcional en el país, debido a la forma en que fueron concebidas y organizadas dichas instituciones, las mismas que mantuvieron su independencia en calidad de entidades locales y privadas, a pesar de los intentos estatales por integrarlas en el sistema nacional de salud en 1906 y 1927.⁵⁶

⁵³ Bastidas, *Contribución al estudio de la protección...*, 20.

⁵⁴ A pesar de que el Dispensario Gratuito de niños inaugurado en 1915 contribuyó en la atención médica especializada para niños, Luis Dávila aseguraba que su creación inspirada, únicamente, por los resultados conseguidos por instituciones similares en otros países, no mostraba logros significativos en el Ecuador, debido a la falta de una visión técnica que delimitara las condiciones necesarias para cumplir con el fin que fue creada. *Ibíd.*, 212.

⁵⁵ *Ibíd.*, 106.

⁵⁶ La Junta de Beneficencia de Guayaquil mantuvo su independencia local y privada, lo que le permitió conservar el manejo autónomo de sus ingresos y la dinámica económica empresarial-financiera bajo la dirección de un grupo de la burguesía agro-exportadora y comercial. Patricia De la Torre, “El poder simbólico de la Junta de Beneficencia de Guayaquil”, *Procesos. Revista ecuatoriana de historia*, 1996: 121-122; Véase: Patricia De la Torre, *La Junta de Beneficencia de Guayaquil. Lo privado y local en el estado ecuatoriano*. (Quito: Abya-Yala, 1999).

Ilustración 1

Fotografía de las madres y sus hijos usuarios de la Gota de Leche en Cuenca

Fuente: Gota de Leche del Azuay. *Boletín N° 1*, (Cuenca: Tip. Burbano Hnos., 1926)

Las Sociedades de GdL estaban formadas por socias activas y socios cooperadores, y para su funcionamiento contaban de un Directorio, Comité Ejecutivo y una Junta General de Socias Activas. El Comité General se constituyó en el principal ente encargado de la administración de personal, debía además expedir reglamentos y establecer la dirección de los servicios.⁵⁷ En efecto, el Directorio y la Junta General estaban conformados únicamente por las socias activas, quienes además de desempeñar los roles asignados dentro de la organización institucional como miembros de comisiones, ayudaban a sostener materialmente la obra y contribuían con cuotas mensuales y donaciones.⁵⁸

Las mujeres benefactoras de estas instituciones debían cumplir un papel moralizador sobre las madres de las clases populares, pues representaban la abnegación, la honradez y el amor hacia el prójimo de los que, a decir de los médicos, carecían las

⁵⁷ Por otra parte, la participación de mujeres de élite en sociedades de beneficencia constituyó una opción para acceder a espacios semi-públicos, en donde podían relacionarse con otras mujeres y decidir de manera independiente o semi independiente de los hombres. Ana María Goetschel, *Educación de la mujeres, maestras y esferas públicas* (Quito: FLACSO Sede Ecuador; Abya Yala, 2007): 59-60; ver también Lucía Bracamonte, “Mujeres benefactoras en el sudoeste bonaerense argentino: el caso del Patronato de la Infancia de Bahía Blanca, 1906-1931”, *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local* 4, núm. 7 (el 1 de enero de 2012): 48–84, <https://doi.org/10.15446/historelo.v4n7.25148>.

⁵⁸ Sociedad de La Gota de Leche, *Estatutos de la Sociedad de La Gota de Leche* (Quito: Imprenta y Encuadernación Nacionales, 1920).

mujeres del pueblo. El objetivo de las Sociedades de la GdL iba por tanto más allá de dispensar leche o promover la lactancia, se buscaba además intervenir en la campo de las costumbres, a través del riguroso control del desarrollo del niño y la vigilancia de la madre. Como parte de este esfuerzo racionalizador, se impuso la extensión de un certificado de buena conducta de la madre, con el cual se buscaba garantizar la docilidad de la mujer-madre ante la autoridad científica de los médicos.

El personal que trabajaba en los dispensarios estaba conformado por una hermana de la Caridad, encargada de supervisar al personal subalterno y de la distribución diaria de la leche, control de ingresos y egresos de los accesorios confiados a las madres de los niños beneficiarios; una empleada delegada a la preparación y esterilización de la leche, y dos sirvientas encargadas de otros menesteres; un alumno interno de la Facultad de Medicina con la autorización para la hospitalización de los niños, tomar a su cargo curaciones o dar aviso al Jefe de Clínica, y la obligación de elaborar curvas de peso y talla; y una enfermera. La incorporación de la enfermera se realizó pocos años después de la inauguración de los dispensarios, como parte de un plan para facilitar la colocación de las enfermeras tituladas, quienes aún no tenían acogida como auxiliares de los médicos,⁵⁹ y para prodigar cuidados higiénicos a los niños.⁶⁰ Antes de la incorporación de esta profesional sanitaria, las socias eran las encargadas de prodigar a los niños beneficiarios las atenciones previas a la Consulta, ente las que se destacaba el baño y el pesaje. Además, realizaban visitas domiciliarias a fin de verificar la forma en que las madres aplicaban los consejos e indicaciones de los médicos.

En este punto, la GdL puede concebirse como algo más que una obra de protección a la infancia. Por una parte, fue la primera en intentar regular las prácticas de

⁵⁹ A pesar de que en 1917, el director de la Maternidad, Isidro Ayora creó la primera Escuela de Enfermeras dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas, las enfermeras no eran avaladas como graduadas de la Universidad, y los médicos consideraban que su formación era deficiente. Dávila, “La gota de Leche...”. Ver A. Kim Clark, *Gender, State, and Medicine in Highland Ecuador: Modernizing Women, Modernizing the State, 1895-1950* (University of Pittsburgh Press, 2012).

⁶⁰ El trabajo de Milagros Villareal sobre la profesionalización y control social en la Escuela Nacional de Enfermeras de la Universidad Central del Ecuador (1942-1970) coloca a la luz las concepciones sobre el sujeto femenino y profundiza en el campo de la enfermería como un espacio de incorporación de las mujeres profesionales. La autora señala que las profesiones femeninas en salud se configuraron en torno a los imaginarios sobre la mujer que naturalizaron su predisposición hacia la dulzura, el amor y la comprensión. Por lo cual, el rol de las enfermeras y obstétrices estuvo ligado a la maternidad, al hogar y el cuidado de los niños y enfermos. Milagros Villareal, “Profesionalización y control social en la Escuela Nacional de Enfermeras de la Universidad Central del Ecuador (1942-1970)” (Maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, 2016), <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/5496>.

crianza de las madres, a través del adiestramiento de las mujeres en materia higiénica y de puericultura. En este sentido, Luis Dávila, autor del artículo “La gota de Leche, lo que se puede aguardar en Quito de esta obra de protección infantil” (1923), destacaba que la Consulta Médica era beneficiosa no solo para el niño, sino que a través de ésta, las madres habían adquirido conocimientos de higiene que empezaban a poner en práctica. Hecho que se hizo evidente en la manera relativamente aseada de las mujeres-madre a la hora de presentarse a los controles semanales.⁶¹ Por otra parte, si bien las GdL no participaron en acciones de defensa de la maternidad ni buscaban mejorar la condiciones de las madres *per sé*, sí visibilizaron la necesidad de crear espacios en beneficio de la madre trabajadora.

Otra institución de protección de la primera infancia fueron las Casas Cuna concebidas como instituciones necesarias para complementar el trabajo de las Gotas de Leche. Estas entidades buscaban garantizar el desarrollo de los niños en los primeros años de vida en un ambiente higiénico y controlado. Además promovieron la lactancia natural y la educación de los niños en edad pre-escolar. La fundación de la primera Casa Cuna en Quito se realizó en 1921, como parte del Asilo “Antonio Gil”, y estuvo a cargo de la Sociedad Protectora de la Infancia. El propósito era acoger a los hijos de mujeres trabajadoras mayores de dos años, dispensar los cuidados higiénicos necesarios, iniciar el proceso educativo y evitar el aumento de la criminalidad y la vagancia entre los niños.⁶² Por tal razón, el servicio del Asilo anexó un Kindergarden, con el fin de preparar a los infantes física e intelectualmente para el ingreso a las escuelas primarias. La Casa Cuna recibía a los niños de seis de la mañana hasta las siete de la noche, proporcionaba alimentos que contribuyeran a una perfecta nutrición, organizaba visitas médicas frecuentes y en caso de enfermedad, los niños recibían medicamentos para su pronta recuperación.⁶³ No obstante, los esfuerzos realizados por la Sociedad Protectora de la Infancia (SPI) fueron limitados por la falta de financiamiento y las precarias condiciones en las que funcionaba, lo que determinó su desaparición en 1938.

⁶¹ Luis Dávila, “La gota de Leche, lo que se puede aguardar en Quito de esta obra de protección infantil.”, *Anales de la Universidad Central del Ecuador*, núm. 246, 199–254 (junio de 1923):229.

⁶² La trayectoria de esta institución fue bastante accidentada debido al escaso apoyo financiero que recibía y la falta de un local adecuado para sus fines. No obstante, en 1922 el Congreso adjudicó a la SPI un edificio que hasta el momento se encontraba en arrendamiento, el cual fue adaptado para cumplir los objetivos de la entidad. “En el Asilo ‘Antonio Gil’. Labor de la Sociedad Protectora de la Infancia”, *El Comercio*, 1923.

⁶³ Carlos Sánchez, “Protección a la infancia”, *Anales de la Universidad Central del Ecuador*, 1923.

Por otra parte, en Quito, un grupo de médicos e intelectuales planteaban la necesidad de organizar una segunda Casa Cuna que complementará la labor realizada por el Asilo Antonio Gil y reemplazara al Asilo de niños expósitos “San Carlos” a cargo de la Hermanas de la Caridad. En febrero de 1923, Nicolás Espinoza, tesorero de la Junta de Beneficencia de Quito (a partir de aquí JBQ), señalaba que dicha obra era indispensable para salvaguardar a los niños de la enfermedad, el raquitismo y la muerte.⁶⁴ Desde la perspectiva médica, el Asilo no cumplía con las condiciones higiénicas y técnicas que garantizaran la sobrevivencia de los niños menores de un año. Por tal razón, en 1924 se organizó la primera Casa Cuna dependiente de la JBQ. Estuvo integrada por un médico, una enfermera, visitadoras sociales, niñeras, una economista y personal de servicio.⁶⁵

Este servicio fue creado exclusivamente para los hijos de cero a tres años de mujeres obreras. Empero, podían ser también admitidos los niños de mujeres cuyas condiciones económicas y sociales no les permitieran dedicarse a la crianza y cuidado de sus hijos. En este caso, las madres debían pagar una cuota diaria a fin de coadyuvar con el mantenimiento de la institución. Para que los infantes fueran acogidos en esta entidad, las mujeres trabajadoras debían presentar dos certificados que comprobaran la edad del niño y su condición laboral, el primero emitido por el Registro Civil y el segundo por el jefe de la fábrica o el patrón de la casa donde trabajara. Por otra parte, las mujeres que no cumplían con la condición de obreras, debían someterse al examen de una Visitadora Social.⁶⁶ Las mujeres-madres trabajadoras dejaban a sus hijos durante la jornada laboral y acudían en intervalos regulares para dar de lactar los niños pequeños. En el caso de que se determinara la incapacidad de la madre para la lactancia, se optaba por la alimentación artificial establecida por el médico de la casa de acuerdo a las necesidades de los lactantes. Asimismo, la institución buscaba desarrollar el “amor maternal” mediante la vigilancia del cumplimiento de las obligaciones de las madres y así evitar el abandono.⁶⁷

⁶⁴ Junta Central de Beneficencia de Quito, “Sesión del 23 de febrero de 1923”, 1923, Fondo Asistencia Pública, Museo Nacional de la Medicina Eduardo Estrella.

⁶⁵ Dirección General de Hogares de Protección Social, *Reglamento de Casas Cuna* (Quito: Talleres Gráficos de Educación, 1938).

⁶⁶ Dirección General de Hogares de Protección Social.

⁶⁷ A diferencia de la Casa Cuna del Asilo “Antonio Gil”, esta institución contempló la idea de establecer internados completos destinados para los expósitos, los huérfanos y los niños que lo necesitaran.

En 1937 con publicación de la “Ley Orgánica de Hogares de Protección Social”, las instituciones de protección y educación de niños y adolescentes fueron agrupadas bajo el nombre genérico de Hogares de Protección. Esta normativa planteó la posibilidad de repensar las Casas Cuna como espacios que brindaran albergue y alimentación a las madres desamparadas y a sus hijos, siempre y cuando los recursos se lo permitieran.⁶⁸ Asimismo, se introdujo la necesidad de organizar los Hogares de Protección Social de forma que se facilitaran el proceso educativo a través de un plan homogeneizado y gradual, que iniciara en “la cuna y culminara en el taller.”⁶⁹

A diferencia de la GdL, las Casas Cunas se manejaron bajo una lógica de caridad, con una intervención gradual del Estado. De hecho, la mayor parte del personal fueron empleados cuyos sueldos fueron cubiertos por el gobierno, debido al cambio que introducidos por los gobiernos julianos. En esta línea, con la Ley de Asistencia Pública (1926), las casas de beneficencia pública transformaron sus dinámicas internas y administrativas, permitiendo la intervención estatal en dichos espacios. Por otra parte, fueron concebidas como una respuesta al abandono que eran sometidos los hijos de madres trabajadoras. Por lo cual, constituyó parte de las demandas para la protección de la maternidad y la infancia expresadas por las organizaciones obreras y de trabajadores.

2. “El trabajo es incompatible con la maternidad”: consideraciones sobre la legislación para protección a la maternidad e infancia 1928-1938.

En el Ecuador, las instituciones de cuidado a la maternidad y la infancia se apoyaron en una estructura normativa producto de la Revolución Juliana, movimiento que buscaba responder a las exigencias de los sectores obreros y de trabajadores que empezaban a organizarse. Con ese fin, la protección de la niñez y la maternidad se concibieron como parte fundamental de los programas sociales promovidos por el Estado. Dicho interés se encontraba asociado con una idea que colocaba como prioridad estatal el cuidado de la vida de la madre y el niño como fuente de riqueza.⁷⁰

⁶⁸ Dirección General de Hogares de Protección Social, 5.

⁶⁹ Congreso Nacional del Ecuador, “Ley Orgánica de Hogares de Protección Social”, *Registro Oficial*, noviembre de 1937: 2240.

⁷⁰ Kim Clark en su estudio sobre la protección de la infancia en Quito, menciona que a finales de la década de 1910 surgió la idea de que el país atravesaba un proceso de despoblamiento acentuado por los altos índices de mortalidad infantil y la baja natalidad. Por lo cual, el crecimiento poblacional se consideró como una prioridad nacional y la misma población empozó a ser percibida como fuente de riqueza. Kim Clark, “Género, raza y nación: La protección de la infancia en el Ecuador, 1910-1940”, en

Fue precisamente, a partir de la irrupción de este movimiento político y la visibilización del niño y su madre como objetos de intervención estatal que se emitió un corpus legislativo en materia laboral y civil; para la regulación de horas laborales, contratos y la reglamentación del trabajo femenino e infantil. En el ámbito civil se buscó extender derechos a los hijos ilegítimos, para garantizar su bienestar y educación.⁷¹

Si bien es cierto, en el país se habían establecido importantes espacios para la protección de la infancia, pero según el médico Carlos R. Sánchez (1928) aseguraba que se había descuidado la atención a las madres, especialmente en la etapa de gestación. Durante las décadas de 1920 y 1930, las condiciones económicas de las mujeres y el abandono de los cónyuges fueron las principales causas que obligaban a las mujeres-madre a salir del espacio doméstico en busca de trabajos, que según denunciaban los médicos eran físicamente exigentes y mal remunerados, y contribuían al abandono físico y moral de los hijos.⁷² Por lo cual, se propuso la elaboración de leyes para la protección de las mujeres, que garantizaran la vigilancia médica estricta a fin de evitar “*malas presentaciones*” y otros accidentes propios del embarazo,⁷³ a la par que contemplaran medidas para el cuidado de los hijos, a través del establecimiento de la Sociedad de Caridad Maternal, Casas Cuna, Cantinas Maternas, etc.

En octubre de 1928, Isidro Ayora, en su calidad de presidente provisional del Ecuador, aprobó varias leyes en materia laboral, entre ellas la Ley sobre el trabajo de mujeres y menores de protección a la maternidad (en adelante Ley de Trabajo y Maternidad).⁷⁴ Esta normativa constituyó un importante hito dentro de las demandas laborales, al establecer una base legal para garantizar derechos como por ejemplo el descanso antes del parto, el establecimiento de una jornada laboral de cuarenta y ocho horas semanales para menores de dieciocho años, entre otros. Asimismo, estuvo relacionada con una serie de discursos higienistas, nacionalistas y de tendencia

Palabras del Silencio. Las mujeres latinoamericanas y su historia, ed. Martha Moscoso (Quito: Abya-Yala, 1995), 223.

⁷¹ En 1935, se reformaron el Código Civil y la Ley de Registro Civil a fin de otorgar garantías y derechos a los hijos ilegítimos. Sin embargo, el tema fue puesto en discusión como parte de las políticas de protección infantil.

⁷² Carlos Andrade Marín, *La Protección de la Infancia en el Ecuador* (Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1929); Sánchez, *Breves nociones de Puericultura: para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas*; Garcés, *Por, para y del niño*.

⁷³ Carlos Sánchez, *Breves nociones de Puericultura...*, 17.

⁷⁴ Al igual que las mujeres, los niños y adolescentes empiezan a ser integrados a la fuerza laboral. No obstante, el ideal liberal del niño convierte a la escuela como su lugar por excelencia

socialista de protección a la infancia, que aspiraban “conservar y vigorizar la nacionalidad” a través del control y racionalización del cuerpo del niño.⁷⁵ De tal forma que las disposiciones relacionadas con la protección de la maternidad, responderían en primer lugar a la necesidad de preservar la vida del niño, a través del establecimiento de medidas favorables para que las madres pudieran llevar a término su embarazo y ejercer la lactancia de sus hijos.

En general, la Ley de Trabajo y Maternidad recogía tres aspectos importantes con respecto al descanso obligatorio, la lactancia y el control de la población femenina e infantil. El artículo 12 instituía la prohibición de “ocupar en los establecimientos industriales y comerciales, y más lugares de trabajo, sean urbanos o rurales, públicos o particulares, a mujeres durante un período de tres semanas anteriores y tres posteriores al parto”.⁷⁶ Esta medida estuvo fundamentada en la idea de la incompatibilidad de la maternidad con el trabajo. No obstante, la pobreza y abandono en el que se encontraban las mujeres-madre-trabajadoras las colocaba en una situación compleja, que las llevaba a laborar incluso hasta el día mismo del parto. Esto se evidenció especialmente en los sectores rurales y en la población indígena en donde se les exigía “un esfuerzo de trabajo superior a las mujeres madres” no solo en términos productivos, sino también reproductivos, lo cual conducía a un rápido deterioro de su condición física.⁷⁷ Precisamente, la normativa sobre el descanso obligatorio debía garantizar la manutención de la madre, y la atención higiénica del niño. El artículo 13 añadía que la mujer-madre-trabajadora tenía el “derecho a percibir el cincuenta por ciento de su salario”. Adicionalmente, se dispuso la inamovilidad de las trabajadoras durante el periodo de descanso, y se prohibió los despidos laborales, incluso en situaciones de ausencia del puesto de trabajo por un lapso mayor al permitido por la ley a causa de enfermedad asociada o derivada del embarazo, o cuando el parto causará la incapacidad para trabajar.⁷⁸ Por último, se estableció que durante los nueve meses subsiguientes al parto, las trabajadoras dispusieran de un intervalo de quince minutos, cada tres horas

⁷⁵ Actas de la Asamblea Nacional de 1928, “Propuesta de creación del Servicio Nacional de Protección a la Infancia realizada por los doctores Pablo Arturo Suárez, T. Maldonado, A. Pachano, M. A. Maldonado, a la Asamblea de 1928”.

⁷⁶ Isidro Ayora, “Ley sobre trabajo de mujeres y menores y de protección a la maternidad”, *Registro Oficial*, de Octubre de 1928: 8219.

⁷⁷ A pesar de las precarias condiciones de vida, en las que se encontraban las mujeres trabajadoras rurales e indígenas, descritas por los médicos. Las políticas sociales e iniciativas de protección limitaron su campo de acción a las poblaciones urbanas. Garcés, *Por, para y del niño*: 50-51.

⁷⁸ Ayora: 8219

para lactar a sus hijos.⁷⁹ La ley de Trabajo y Maternidad fue el principal recurso legal con el que contaron las mujeres madres trabajadoras para la defensa de sus derechos laborales y la maternidad, hasta la emisión del Código de Trabajo en 1938 con el que se centralizaron las normativas laborales emitidas, sin que esto significará la introducción de nuevas atribuciones. A fin de fomentar la lactancia natural y la crianza científica las madres trabajadoras contaron con espacios como las Casas Cuna, en donde sus hijos recibían las atenciones alimenticias, higiénicas y educativas necesarias para un buen desarrollo. Por lo cual, los mismos dueños de las fabricas solicitaban cupos para los hijos de sus empleadas.⁸⁰

A pesar de que Ley de Trabajo y Maternidad recogía elementos propuestos por representantes del campo médico, Enrique Garcés (1906-1976), en su libro *Por, para y del niño* (1937) criticó las legislaciones que favorecían el trabajo femenino, y sobre todo, el trabajo de la mujer embarazada. Según Garcés, la constitución biológica de la mujer determinaba su lugar social dentro del hogar. El trabajo por tanto, significaba “una emancipación de la mujer, no de ninguna esclavitud, sino de la función que le esta[ba] encomendada, (...) ser madre”.⁸¹ Para el médico, las normativas debían constituir recursos que ampararan el ejercicio de la maternidad, la lactancia y el cuidado de los hijos. De tal forma que la protección de la mujer-madre debía centrarse en el establecimiento de un seguro de maternidad⁸² y un salario suficiente para el padre de familia, a fin de conseguir materializar la idea difundida por Lagneau sobre la madre pobre como “la nodriza pagada de su propio hijo”.⁸³

El debate sobre las implicaciones del trabajo para la maternidad no era exclusivo del Ecuador, sino que estaba presente también en otros países del continente americano desde inicios del siglo XX. Las reglamentaciones sobre el trabajo femenino en América Latina atendieron a los argumentos sostenidos por representantes políticos, católicos y

⁷⁹ *Ibíd.*

⁸⁰ Clark, “Género, raza y nación: La protección de la infancia en el Ecuador (1910-1945)”.

⁸¹ Garcés, *Por, para y del niño*, 49-50.

⁸² Enrique Garcés señalaba que el Seguro de Maternidad contemplaba un sistema complejo de protección para la protección de la mujer-madre trabajadora financiado por el patrono, el Estado y los obreros. Con lo que se garantizaría a la mujer la vuelta al trabajo después del reposo legal, la atención médica durante el pre-parto, en el parto y en el puerperio, el abastecimiento de leche por parte de la Cantina Maternal y las Cantinas Infantiles, el derecho a obtener vacantes en las Casas Cunas para su hijo, y la adquisición de matrícula para su niño en los planteles educacionales del Estado. En el Ecuador, varios aspectos expuestos por el médico no fueron incluidos en la ley emitida por la Asamblea Constituyente de 1928. *Ibíd.*, 75.

⁸³ *Ibíd.*, 243.

profesionales de la salud, quienes argumentaban que esta labor representaba una amenaza para la capacidad reproductiva de las mujeres, y para sus responsabilidades domésticas. Por lo cual, las disposiciones giraban en torno al tipo de actividades que podían desempeñar las mujeres, y las acciones para garantizar la maternidad y lactancia. En esta línea, se prohibió el trabajo en tareas consideradas peligrosas, insalubres o que atentaran con desarrollo físico y moral como la destilación de alcohol, la fabricación de materias colorantes tóxicas, elaboración de explosivos, trabajos subterráneos o en canteras, pulimento de vidrio.⁸⁴ A diferencia de las normativas establecidas en la región, en el Ecuador, las disposiciones relacionadas con la protección a la maternidad fueron expresadas en cuatro artículos y no profundizaron en aspectos como la creación de espacios destinados para la lactancia dentro de los lugares de trabajo, el derecho a un cupo en las Casas Cuna, entre otros. La mayor parte de los edictos planteados en la Ley sobre el trabajo de mujeres y menores de protección a la maternidad estuvo dirigida a regular el trabajo infantil.⁸⁵

El análisis de la Ley de Trabajo y Maternidad ilumina una contradicción entre una normativa que promovía el trabajo de las mujeres-madres y un discurso médico que naturalizaba a las mujeres como madres. En este contexto, la puesta en práctica de la puericultura en Ecuador ocurre precisamente en medio de esta contradicción. Por un lado se denota la creación de instituciones y leyes que, a través del control del cuerpo materno, enfatizan en la necesidad de garantizar la sobrevivencia y correcto desarrollo del niño; y por otro, se visibilizan imaginarios “autorizados” desde el conocimiento médico sobre el papel biológico de los cuerpos de las madres y los niños.

3. Para una maternidad y parto guiados por la ciencia: creación de la Sección pre-natal, natal y de protección infantil (1935).

Con la irrupción de los gobiernos julianos, el país inició un proceso de modernización estatal, a través de que se buscaba fortalecer la capacidad estatal de intervención en la población. Con este fin, se creó el Ministerio de Previsión Social (1925), hecho que dio paso a la institucionalización de la cuestión social y que se

⁸⁴ La disposición que prohibía el trabajo en lugares considerados peligrosos rigió, además, para los adolescentes entre dieciséis y dieciocho años, debido a que sus organismos se encontraban aún en desarrollo.

⁸⁵ La intencionalidad de la Ley de Trabajo y Maternidad no era prohibir el trabajo en menores de edad, sino establecer los parámetros legales para aprovechar de su mano de obra, siempre y cuando se garantizara el ejercicio de la instrucción primaria mínima, y se demostrara la necesidad de los menores de trabajar para contribuir al sostenimiento de su hogar y si propia vida.

amplió hasta la década de 1930, cuando se estructuró un sistema nacional de sanidad y asistencia social con la reorganización del Sistema de Sanidad Nacional, el establecimiento del Instituto de Previsión Social (1936), y la apertura de Cajas de Seguro (1936). Todo esto mediado por un discurso biopolítico, con el cual Estado priorizó el cuidado de la vida, a través de la aplicación de mecanismos de control de la dimensión biológica y corporal de la población.

En este contexto, en 1935 se creó un departamento subordinado a la Dirección General de Sanidad (DGS), llamado Sección pre-natal, natal y de protección infantil. El establecimiento de esta dependencia respondía a varios de los puntos expuestos por Consuelo Rueda, partera certificada de la Universidad Central, en 1929, en un informe enviado al Director de Sanidad, en donde enfatizaba sobre la necesidad de fundar servicios de atención médica maternal e infantil en los barrios pobres de Quito, y de reglamentar la emisión de certificados de nacimiento a fin de contrarrestar los efectos de las prácticas empíricas, especialmente las asociadas con el aborto “criminal” y la mortalidad materno-infantil.⁸⁶

El servicio fue establecido en las capitales de provincia bajo el nombre de Departamento de Protección a la Infancia y a la Maternidad (DPI) y estuvo a cargo de las Delegaciones Provinciales. Estas instituciones estaban compuestas por las unidades de Puericultura, Lucha Antituberculosa, Vacunación, Higiene Escolar y Protección a las madres en cinta.⁸⁷ En Quito y Guayaquil funcionaban además conectadas con el Departamento de Lucha Antituberculosa.⁸⁸ A diferencia de las instituciones analizadas en el acápite anterior, la sección y Departamentos de Protección Infantil fueron organismos sanitarios estatales encargados de promover medidas preventivas de salud pública, con un mejor acercamiento médico y técnico para atender los problemas higiénicos relacionados con la población infantil y femenina. De hecho, estuvieron conformados por un grupo de profesionales sanitarios, cuya labor contribuyó a la elaboración de políticas sociales y la conformación de una burocracia especializada en

⁸⁶ Consuelo Rueda, “Consuelo Rueda al director general de sanidad” (Comunicación, 1929), AHM. La necesidad de documentar los procesos de atención al embarazo y parto se intensificó en el segundo lustro de la década 1920 y especialmente, en 1930 en el marco de la reestructuración del Sistema Sanitario Nacional (SSN).

⁸⁷ República del Ecuador, *Ley de Servicio Sanitario Nacional* (Quito: Imprenta Nacional, 1935), 8.

⁸⁸ En Quito, el servicio fue organizado en tres zonas. A cada zona se le asignó una obstetriz y dos enfermeras, quienes eran las encargadas de atender a las mujeres y niños después del parto y documentar en las historias clínicas la evolución de cada uno. Dirección General de Sanidad, *Reglamento Interno para la Sección pre-natal, natal y de protección infantil* (Quito: Imprenta Nacional, 1935), 3.

salud y atención social.⁸⁹ El objetivo de la Sección fue atender gratuitamente a las madres durante el embarazo, parto y puerperio, y cuidar de la salud del niño hasta que éste cumpliera un año.⁹⁰ Para ello se preveía la realización de un registro de las mujeres durante la fase del embarazo, la atención del parto, y la enseñanza de puericultura.

La labor de la sección contribuyó a reforzar la concepción de los procesos asociados a la reproducción humana como objetos de estudio e intervención médica. El ejercicio de la maternidad dejó de ser un proceso doméstico y empezó a considerarse un problema social, sanitario y estadístico.⁹¹ En este contexto, el control sobre el cuerpo materno e infantil que proponía esta institución, era minucioso y no se limitaba a la estancia en los hospitales y servicios de atención médica, sino que incluía la atención de un equipo de expertos (un médico especializado en obstetricia o ginecología, obstetrices y enfermeras tituladas) para los hogares de las pacientes que no puedan acudir a los instalaciones de atención médica. El reglamento interno de la Sección disponía que el médico especialista fuera designado como Jefe de esta dependencia, y entre sus obligaciones se encontraba el control de las historias clínicas, cuadros de temperatura y la consulta obstétrica en las instalaciones de la sección, el registro de estadísticas de los trabajos realizados a domicilio y en la oficina y la elaboración de informes dirigidos al director general de Sanidad. Las obstetrices se encargaron de la atención a domicilio, para lo cual fueron asignadas a zonas a las que debían acudir cuando sus servicios eran solicitados. A estas profesionales sanitarias les correspondía cuidar a la madre y al niño durante cinco días, el tiempo podía extenderse en caso de presentarse complicaciones que requirieran vigilancia. Por su parte, las enfermeras atendían a la madre y al niño desde el quinto día hasta el décimo día después del parto, realizaban visitas domiciliarias e impartían instrucciones para la crianza, limpieza y salubridad del niño y su madre.⁹²

⁸⁹ Entre 1925 y 1935 se estableció en el Ecuador lo que Foucault denomina como medicina de Estado. Debido a que se manifiesta la conjunción de “la organización de un saber estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general, y la integración de varios médicos a una organización médica estatal.” Foucault, “Historia de la medicalización”, 10.

⁹⁰ Dirección General de Sanidad, *Reglamento Interno para la Sección pre-natal, natal y de protección infantil*, 6-7.

⁹¹ Graciela Sapriza, “Mentiras y silencios: el aborto en el Uruguay del novecientos”, en *Historias de la vida privada en el Uruguay: el nacimiento de la intimidad, 1870-1920*, vol. 2 (Montevideo: Santillana, 1996), 117.

⁹² Dirección General de Sanidad, *Reglamento Interno para la Sección pre-natal, natal y de protección infantil*, 5-7.

En 1936, el médico Luis Martínez, delegado de Sanidad de la provincia de Tungurahua, presentó su informe de actividades correspondientes a 1935 a la DGS. En el documento se destacaba el inicio de la atención al parto a cargo de una obstetriz certificada y la vigilancia del niño en los primeros meses por una enfermera. Según el informe, en sus primeros meses de funcionamiento del servicio, se había asistido “cuarenta y dos partos, sin haber tenido ni un caso de fiebre puerperal”.⁹³ La labor de las profesionales sanitarias en Ambato, como en otras ciudades, contribuyó a disminuir la asistencia de parteras empíricas y el número de nacidos muertos. El médico Martínez destacaba que del 90% de asistencia empírica registrada, antes de la apertura del servicio a su cargo y la simultánea fundación de una maternidad, para el año de 1936 se evidenciaba solo un 30%. No obstante, el control sanitario del parto se limitó a los espacios urbanos, debido a que en las zonas rurales la falta de atención quirúrgica y la confianza de los campesinos en la medicina popular por sobre la científica impidieron la intervención médico-estatal.

Estos datos iluminan sobre la persistencia de un problema denunciado en 1929 por Carlos Andrade Marín, y que evidencian el poder simbólico que mantenían las parteras empíricas, a pesar de los esfuerzos estatales por reglamentar su práctica.⁹⁴ Afirmaba Andrade Marín:

En los pueblos y ciudades, cualquier mujer llega a los cincuenta años, sin profesión, con un bagaje de aisladas experiencias mal interpretadas por la ignorancia, está ya en la capacidad, reconocida por el fallo de los demás pobladores, de llamarse partera y de intervenir con una propia y especialísima técnica, en todos los casos, fáciles o difíciles de la obstetricia. Es ella la que indica preceptos de puericultura antenatal, la que conoce los secretos de todas las hierbas y provoca abortos, hemorragias y muertes [...].⁹⁵

La sección pre-natal, natal y de protección a la infancia y los Departamentos de Protección Infantil no intervinieron directamente en los procesos de control de la

⁹³ Luis Martínez, *Informe anual del delegado de Sanidad de la Provincia de Tungurahua* (Ambato: Imprenta Escolar de R. Costales, 1936), 17-18.

⁹⁴ Los médicos ecuatorianos acusaban a las parteras empíricas de ser las causantes de gran parte de la mortalidad materno-infantil. Ante este problema, el director de la Maternidad de Quito, Isidro Ayora planteó la necesidad de reunir a las parteras empíricas para instruirles nociones de asepsia y antisepsia, el uso de instrumentos como guantes de goma, y otros conocimientos que contribuyeran a fortalecer la práctica obstétrica como científica. Pero éstas se resistieron a adoptar los principios científicos y la instrucción formal, por lo cual el médico Ayora tuvo que recurrir al Intendente de Policía de Pichincha, Antonio Gil, para obligarlas a recibir lecciones de esta materia. Antonio Jijón, “Apuntes históricos sobre la Obstetricia”, *Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia* VIII, núm. 21-24 (septiembre de 1966).

⁹⁵ Carlos Andrade Marín, *La Protección de la Infancia en el Ecuador* (Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1929); 84.

obstetricia empírica, pero constituyeron lugares de legitimación y vigilancia para el ejercicio profesional de las parteras certificadas y otras empleadas sanitarias estatales. Estos esfuerzos modernizadores estuvieron asociados a proyectos estatales de regulación moral de las mujeres de los sectores populares, a través de visitas domiciliarias, propaganda higiénica sobre alimentación y los cuidados que requería el niño. Actividades que habían sido asumidas en décadas anteriores por mujeres de la élite, a través de programas de asistencia social. Adicionalmente, contribuyeron a reforzar los imaginarios contruidos alrededor de la figura de las profesionales sanitarias, a quienes se les asignó la tarea de llevar “al hogar del que sufre, no solo el acopio de conocimientos, sino el amor y la abnegación”.⁹⁶

La creación de instituciones como la Sección natal, prenatal y de protección infantil o los DPI visibilizó una serie de proyectos que se incorporaron a la lucha contra la mortalidad infantil, el nacimiento sin atención al niño y la atención médica empírica en el Ecuador. La incorporación de servicios para la atención y el control del proceso de gestación y alumbramiento reflejaban los esfuerzos del Estado por extenderse a todas las dimensiones de la vida, a través del despliegue de dispositivos modernizadores de las costumbres. En este contexto, la maternidad fue redefinida como un “deber patriótico”, que debía ser aprendido por las madres, a la par que se proponían medidas que alienten a las mujeres a parir,⁹⁷ y a cumplir con sus responsabilidades maternas. Estas consideraciones contribuyeron a formar el campo de la puericultura que, alimentada por nociones eugenésicas e higienistas, se convirtió en un elemento pedagógico de transmisión e interiorización de prácticas como el aseo, la buena alimentación que aprendidas desde la infancia contribuían a la regeneración de la sociedad.⁹⁸

⁹⁶ Dirección General de Sanidad, *Reglamento Interno para la Sección pre-natal, natal y de protección infantil*, 8.

⁹⁷ Cristina Palomar Varea, “Maternidad: Historia y Cultura”, *Revista de Estudios de Género “La ventana”*, núm. 22 (2005): 41.

⁹⁸ Sonia Fernández en su estudio sobre la construcción moderna de los maestros y la infancia en el país, profundiza en los discursos y políticas higienistas aplicadas para el control de la población infantil a fin garantizar el desarrollo y fortalecimiento físico e intelectual de los niños. Fernández Rueda, “La construcción moderna de los maestros y de la infancia en el Ecuador (1925-1948)”.

Capítulo Segundo

Intelectuales, instituciones y dispositivos en la construcción del campo de la puericultura.

En el capítulo anterior analizamos las instituciones y normativas para la atención médica y social de la maternidad y la infancia, como parte de un proyecto estatal que buscaba reducir los altos índices de mortalidad de los niños en los primeros años de vida. Estas iniciativas y políticas sociales planteaban la necesidad de complementar la acción de protección con una tarea pedagógica dirigida a instruir a las mujeres en su tarea de ser madres. Según indica la antropóloga canadiense Kim Clark, a finales de la década de 1910, los altos índices de mortalidad infantil, construyeron un discurso sobre que el Ecuador atravesaba por un proceso de despoblamiento. En este contexto, el crecimiento demográfico fue considerado como una prioridad nacional y fuente de riqueza,¹ y la puericultura se concibió como una herramienta para crear generaciones de ciudadanos fuertes, sanos y útiles [productivos],² características que respondían a los paradigmas de modernización y progreso vigentes en el siglo XX.³

A lo largo de este capítulo se aborda la puericultura como un campo científico. El análisis enfoca en los actores que contribuyeron en la consolidación de la puericultura como un saber médico especializado. Asimismo, se propone entender a dichos actores como sujetos orgánicos con activa participación en diferentes espacios sociales, que les permitió legitimarse como autoridades científicas bajo el auspicio de un discurso institucional y estatal. Estas reflexiones se sostendrán en la base conceptual propuesta por Pierre Bourdieu sobre el *campo*. Como segundo punto, se describen los dispositivos desplegados como parte de las campañas de divulgación sanitaria, mismos que contribuyeron a delinear un imaginario de la mujer-madre, con especial énfasis en la madre popular.

¹ Kim Clark, “Género, raza y nación: La protección de la infancia en el Ecuador (1910-1945)”, en *Antología de Estudios de Género* (Quito: FLACSO Sede Ecuador, 2001), 185-186.

² Carlos Sánchez, “La importancia del estudio de Puericultura en la enseñanza escolar”, *Revista Anales de la Universidad Central* XLI, núm. 265 (septiembre de 1928): 17.

³ Samuel Guerra plantea que a finales del siglo XX, se consolidó una dinámica modernizadora y civilizatoria dentro del discurso político, en el que el progreso se convirtió en la tendencia fundamental del siglo.

1. Construyendo el campo de la puericultura: médicos e instituciones.

En este apartado se reflexiona sobre la formación de lo que llamaremos el campo de la puericultura. Para esto nos retomaremos la propuesta bourdiana de *campo intelectual*, como un “sistema de relaciones entre posiciones, obras, instituciones y un conjunto de agentes intelectuales”.⁴ En el capítulo anterior nos acercamos a varias instituciones que evidenciaron la necesidad de la divulgación de la puericultura, dichos organismos se convirtieron en espacios para la recolección de datos, clasificación, jerarquización y elaboración de leyes para el tratamiento y prevención de la morbilidad infantil. Asimismo, posibilitaron la construcción de una retórica institucional con la que se pretendía legitimar los llamados “consejos a las madres” como conocimientos fundamentados en una ciencia positiva.⁵

Dentro de estos espacios, se formó un contingente de intelectuales (médicos, pedagogos) gestionaron iniciativas para impulsar a la puericultura como un saber médico especializado en el cuidado del niño fundamentado, entre otras cosas, en planteamientos eugenésicos. Dicho interés estuvo asociado con un proceso de transición hacia una modernidad política y económica,⁶ la institucionalización de la cuestión social en 1925 y la penetración del higienismo en la década de 1930, elementos que visibilizaron la salud pública como foco de preocupación gubernamental. En esta línea, galenos como Carlos R. Sánchez, Emiliano Crespo, Carlos Andrade Marín, Enrique Garcés, Isidro Ayora fueron algunos de los actores comprometidos a consolidar la

⁴ Carlos Altamirano, ed., “Campo Intelectual”, en *Términos críticos de sociología de la cultura* (Buenos Aires: Paidós, 2008), 9–10.

⁵ A finales del siglo XIX e inicios del XX, el positivismo se consolidó como la ideología hegemónica al servicio de los aparatos estatales latinoamericanos en proceso de centralización que, mediante la producción de saberes establecieron mecanismos clasificadores del mundo social con el fin de ordenarlo, controlarlo y disciplinarlo. Paula Bruno, “Positivismo y cultura científica. Escenarios, hombres e ideas”, *Prismas - Revista de Historia Intelectual* 19, núm. 1 (2015), <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=387042861014>, 194.

⁶ Proceso iniciado a finales del siglo XIX con la consolidación de la producción cacaotera como principal motor dinamizador de la economía nacional, actividad que, además, sostuvo la inserción del país en la economía mundial, el crecimiento de las importaciones y exportaciones, la acumulación del capital y la formación de un nuevo sector económico dominante; y beneficiado por los regímenes liberales que enfatizaron en el fortalecimiento de la capacidad administrativa del estado, la expansión de la institucionalidad pública y la ejecución de proyectos de infraestructura de transporte y comunicaciones. Tras el declive de la economía cacaotera a finales de 1920, la economía nacional quedó sostenida por los procesos de diversificación productiva iniciados en la década de 1920 y se complementó con la modesta industrialización de la sierra norte en la década de 1930. Juan Manguashca y Lisa North, “Orígenes y significado del Velasquismo: Lucha de clases y partición política en el Ecuador, 1920-1970”. En *La cuestión regional y el poder*, ed. Rafael Quintero (Quito: Corporación Financiera Nacional/ Flacso-E/Cerlac, 1991), 95-97.

enseñanza de la puericultura como parte inherente de la instrucción y modernización del sujeto femenino.⁷

Lejos de la idea liberal, que permitió a la mujer introducirse en las esferas públicas, a partir de 1925, se priorizaba en la identidad de las mujeres como madres. La comunidad médica y representantes de otras instituciones denunciaban los perjuicios del trabajo femenino en la crianza y cuidado de los hijos; y prácticas como la utilización de nodrizas por lo cual defendían la enseñanza de la puericultura como un recurso para “dignificar [y ennoblecer] la maternidad”,⁸ en todos los sectores de la sociedad. Si bien es cierto, los programas de divulgación higiénica promovidos desde diferentes instancias tanto públicas como privadas, colocaron como principal objeto de intervención a las mujeres-madre populares, médicos como Carlos Andrade Marín enfatizaban que independientemente de la procedencia social, las madres desconocían el método científico de crianza infantil. Por lo cual, se debía “instruir a la mujer desde la escuela, [sobre los] cuidados y atenciones tan necesarios para conservar lozana y vigorosa la vida de la planta humana [el niño]”.

La introducción de la puericultura como parte de los programas educativos estuvo impulsada principalmente por un grupo de médicos vinculados con iniciativas de protección a la infancia e instituciones estatales de atención y enseñanza médica. Estos profesionales guiados por la idea de que la sociedad enfrentaba un estado de *degeneración*,⁹ como resultado de los procesos de migración interna, urbanización desorganizada y modernización de las ciudades a inicios de la década de 1920, encontraron en los presupuestos positivistas,¹⁰ un aparato ideológico funcional a las necesidades del Estado.

⁷ Ana María Goetschel analiza los discursos y políticas que impulsaron los gobiernos liberales, a fin de transformar al sujeto femenino en un agente activo y productivo de la sociedad. Para ello, se centra en el caso de las maestras ecuatorianas para ilustrar el traspaso de la mujer desde el ámbito doméstico hacia las esferas públicas. Goetschel, *Educación de las mujeres, maestras y esferas públicas*.

⁸ Sánchez, “La importancia del estudio de Puericultura en la enseñanza escolar”, 19.

⁹ A finales del siglo XIX e inicios del XX, se extendieron los presupuestos teóricos de Bénédicte Morel expuestos en su *Tratado de la degeneración humana* (1857). Dichas reflexiones aseguraban que la población presentaba un estado con tendencias a ciertas patologías que se transmitían a través de la herencia o por la acción negativa del ambiente o factores físicos como el alcohol.

¹⁰ La implantación y desarrollo de las ideas positivistas en el Ecuador fue posible bajo el amparo del liberalismo económico y político, e influyó en distintos ámbitos del saber cómo las bellas artes, la educación, el derecho y la medicina. Según Samuel Guerra, este influjo estuvo asociado con un afán científicista. Por su parte, Leslie Bethell enfatiza en que la corriente positivista en América Latina adoptó la propuesta evolucionista de Herber Spencer, quien entendía a la sociedad como un organismo social, sujeto a cambios a medida que pasaba el tiempo. Esta perspectiva enfatizaba en la particularidad de las sociedades dentro del esquema universal. No todas podían atravesar los mismos estadios en su evolución, ya que existían perturbaciones motivadas por las particularidades de la raza, las costumbres, la mezcla de razas, entre otros aspectos. Leslie Bethell, ed., *América Latina: cultura y sociedad, 1830-1930*, Historia

El positivismo se caracterizó por favorecer el establecimiento de una burocracia formada por especialistas que contribuyeron a la modernización política del Estado. En este sentido, los intelectuales [médicos, juristas, entre otros] se consolidaron como una elite secular

En este sentido, la participación activa de los intelectuales dentro de las iniciativas estatales y privadas con miras a mejorar las condiciones de vida de la población y el perfeccionamiento de la raza para alcanzar el progreso de la nación, influyó directamente para que la figura del médico cambiará de un rol técnico que se dedicaba a curar, y se fue legitimado como una autoridad científica con la capacidad de intervenir en el espacio doméstico. Este cambio, lo convirtió en un “factor esencial de civilización y progreso sobredimensionando su injerencia en la política”¹¹ a nivel personal, permitiéndole además, ocupar cargos importantes en el Estado en calidad de funcionarios.¹²

Es importante destacar que anterior a las políticas establecidas con la Revolución Juliana de 1925, los médicos como otros intelectuales estuvieron asociados a instituciones estatales como miembros *ad-honorem*, transitaban en distintos espacios disciplinarios, participaron en la organización y creación de entidades de asistencia privada, la enseñanza superior, entre otras actividades.¹³ No es excepcional la trayectoria del médico Carlos R. Sánchez, autor de uno de las publicaciones analizadas en este estudio, quien fue parte del directorio de la Junta de Beneficencia en 1922 y colaboró en la atención médica especializada en niños. El interés del doctor Sánchez por temas de protección a la infancia se vio reflejada en su contribución en la formación de entidades como la Casa Cuna en 1922, el Comité Ecuatoriano de los Socorros a los Niños en 1926; así como en su trabajo como médico *ad-honorem* y director en el Dispensario de

de América Latina 8 (Barcelona: Critica, 1999), 16-23; Carlos Paladines, *Pensamiento positivista ecuatoriano*, vol. 16, Biblioteca Básica del Pensamiento Ecuatoriano (Quito: Banco Central del Ecuador /Corporación Editora Nacional, 1979), 66.

¹¹ Héctor A Palma, “Eugenesis y Educación en la Argentina”, en *Historias de salud y la enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX*, ed. A. Carbonetti y R. González Leandri (Córdoba: Centro de Estudios Avanzados-CONICET, 2008), 231–152.

¹² Héctor Palma describe como “medicalización del Estado” al proceso en el cual el médico incursiona ideológica y personalmente en el espacio gubernamental. Este proceso extendió el análisis de lo normal y lo patológico al ámbito social, y permitió establecer la injerencia del Estado en acciones preventivas, de control y represión, a través de instituciones y políticas públicas.

¹³ Según Patricia Funes para el caso mexicano, la “república de las letras” no existían espacios delimitados por fronteras disciplinarias, por lo cual era común que los pensadores e ilustrados transitaran entre la poesía, la gramática, la escritura histórica e incluso la política. Asimismo, les permitió actuar en el diseño de políticas educativas, redacción de códigos y leyes, la justicia o la presidencia de la república. Patricia Funes, “De la revolución a la evolución, orden y progreso.”, en *Historia mínima de las ideas políticas en América Latina* (México: Colegio de México, 2014), 63–79.

Niños y la Sociedad Protectora de la Infancia en Quito, actividades que le permitieron posicionarse como uno de los principales referentes de la puericultura. De hecho, en 1928, con la incorporación de la puericultura en el currículo del Instituto Normal “Manuela Cañizares” fue el primer encargado de dictar dicha materia, posteriormente se haría cargo la médica Matilde Hidalgo de Prócel.¹⁴ En el mismo, año se publicó el libro *Breves nociones de puericultura para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas* y constituyó un recurso pedagógico importante, en el que se sistematizó y racionalizó de los principales aspectos relacionados con la reproducción y la crianza de los hijos desde la concepción hasta la pubertad; observados durante su práctica profesional del galeno. En el ámbito universitario se desempeñó como profesor de la cátedra de Clínica Infantil y Puericultura, y en 1936 fue designado decano de la Facultad de Ciencias Médicas.

Otra figura destacada en el campo de la puericultura fue Carlos Andrade Marín, quien trabajó como alumno interno del Dispensario de Niños en 1923, hecho que le permitió desarrollar un especial interés sobre todo lo relacionado con la protección de la infancia, al considerarla como “labor patriótica y humanitaria”¹⁵, y encontró en la enseñanza de la puericultura y la higiene elementos indispensables para “civilizar” a las clases populares. Para este fin, Andrade Marín creyó necesario un recurso pedagógico de fácil entendimiento, que constituyera una guía para las madres sobre el cuidado de los hijos. Así, en 1944 se publicó la primera edición del libro *Lo que toda madre debe saber* en el que, a partir de su práctica médica, enseñaba a las madres sobre el cuidado metódico y científico del niño.¹⁶ Más que un manual de puericultura, constituía un libro de instrucciones para el disciplinamiento del cuerpo del niño, a través del establecimiento de estrictos regímenes de aseo y alimentación. Esta publicación fue parte de una serie de estudios y folletos publicados por el Instituto Nacional de Previsión Social, creado en 1936, con el fin de supervisar la aplicación de programas y normativa sobre maternidad. En efecto, los libros pretendían ser recursos ilustrativos de fácil aplicación, ya que el público al que estaban dirigidos no compartía el mismo grado de instrucción y cultura que los médicos, lo que hasta el momento había constituido una

¹⁴ Jenny Estrada, *Una mujer total. Matilde Hidalgo de Prócel* (Guayaquil: Grupo Santillana, 2004).

¹⁵ Carlos Andrade Marín, *La Protección de la Infancia en el Ecuador* (Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1929).

¹⁶ Carlos Andrade Marín, *Lo que toda madre debe saber*, (Quito: Instituto de Previsión Social, 1944).

de las principales limitaciones en la labor de divulgación de la puericultura.¹⁷ No obstante, la divulgación de estas nociones no era suficiente, ya que Andrade Marín creía que de nada servían los estudios para determinar las causas de la enfermedad y posibles soluciones, si los Estados no mostraban un compromiso para el fortalecimiento de un sistema de salud pública y seguridad social. Esto lo expresó en su informe como delegado ecuatoriano al VIII Congreso Panamericano del Niño (1942), en donde expuso las necesidades de repensar la protección de la infancia en momentos de conflicto bélico, refiriéndose al acontecimiento de la Segunda Guerra Mundial y la invasión peruana al Ecuador.¹⁸

Por su parte, Enrique Garcés fue un intelectual muy versátil que se movió en distintos ámbitos como la literatura, el periodismo, la política y la educación. Incluso antes de su incorporación como médico en 1938, su estudio *Por, para y del niño* fue una obra de divulgación importante, en la que se recogía las principales problemáticas que enfrentaba el niño y la sociedad. El mismo año fue designado a la Inspectoría de Sanidad e Quito. Además, se desempeñó por cerca de treinta y un años a la docencia universitaria en las materias de Higiene, Salud Pública e Historia de la Medicina; en las que se reflejó su preocupación por la preparación de los futuros galenos. Realizó cursos de especialización en Medicina Sanitaria y Social en España, que le dieron los elementos para propugnar por una maternidad científica. Garcés estuvo a cargo de instituciones estatales como funcionario en el Departamento Médico del Seguro Social; Director de Higiene Municipal; agregado Cultural en México; Secretario de la Casa de la Cultura ecuatoriana. También se desarrolló en el ámbito periodístico en el diario *El Día* bajo el seudónimo “Túpac Amaru”, y presidente de la Unión Nacional de

¹⁷ En el mismo año de publicación, Andrade Marín organizaría un concurso de puericultura en la Casa Marterno-infantil de Chimbacalle, con el fin de verificar la forma en que las madres ponían en práctica e incentivar a otras a aplicar los consejos y órdenes de los médicos.

¹⁸ Ante estos hechos, señaló que era responsabilidad de los Estados precautelar la vida de los cientos de niños y jóvenes que habían sido afectados por estos eventos. En este sentido, el médico apelaba a la *Declaración de Ginebra* de 1934, en la cual los Estados miembros de la Asamblea de Naciones se comprometían a reconocer cinco derechos específicos para los niños, en el cual la defensa de su vida era primordial. Por otra parte, se evidenció un proceso de establecimiento de conexiones internacionales, del cual el Ecuador no estuvo alejado. En efecto, Andrade Marín fue delegado del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia y Presidente del VII Congreso Panamericano y Sudamericano, y del Primer Congreso Ecuatoriano de Pediatría (1963). Además, contribuyó a la institucionalización de la pediatría en Quito con la creación de la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría filial Quito y la revista *Pediatría Ecuatoriana* (1962). Fabián Guarderas, *Talentos médicos ecuatorianos* (Quito: Facultad de Ciencias Médicas, 1998), 46-49.

Periodistas. Como buen discípulo de Pablo Arturo Suarez¹⁹ enfatizó en la necesidad de elaborar trabajos inscritos en una lógica higienista, que contribuyeran a legitimar un saber hegemónico encargado del control social del cuerpo y la población.

No podemos dejar de lado la agencia de médicos que participaron en diferentes espacios políticos y contribuyeron con escritos e investigaciones enfocados en mejorar las condiciones de vida y de salud de la población, desde una mirada científica que respondía a paradigmas universales y que a su vez debían ser readecuados y reinventados en función de las particularidades locales. En este sentido, destacamos la labor de Luis G. Dávila,²⁰ Emiliano Crespo,²¹ Enrique Gallegos Anda.²² De este grupo, tres fueron médicos en calidad *ad-honorem* o interno de los dispensarios de Gota de Leche y el Dispensario de Niños Pobres de Quito. Cada uno contribuyó con propuestas y estudios dedicados a evidenciar la situación social del niño en el Ecuador y la mortalidad infantil; a la par que se sumaban a las demandas de sus colegas de crear cátedras de Puericultura e Higiene como una obra de protección de la infancia, de defensa de la raza, de engrandecimiento del país e incluso un elemento necesario para la “alegría y salud del hogar”.²³

Estos intelectuales médicos, asistieron a un escenario marcado por el cambio del paradigma de formación médica, como resultado de las innovaciones introducidas con el regreso de los becarios especializados en Alemania y Estados Unidos. Hecho que dio pasó a la reestructuración de la práctica médica con énfasis en la investigación y estudio práctico para el diagnóstico, tratamiento y profilaxis de enfermedades como el paludismo, anquilostoma y la tuberculosis. Además, permitió la diversificación y especialización de la disciplina médica en ramas como la pediatría, ginecología y

¹⁹ Catedrático que impulsó la investigación como parte de la colectiva de salud, que respondiera a “corregir el cuerpo enfermo a fin de generar poblaciones con hombres sano y productivos. En el ámbito gubernamental, estuvo asociado en 1926 con la Dirección General de Sanidad, también fue Decano de la Facultad de Ciencias.

²⁰ Encargado de la Dirección de Sanidad de Quito en 1925; médico *ad-honorem* de los dispensarios de la Gota de Leche, médico del Dispensario de Niños de Quito.

²¹ El médico cuencano Emiliano Crespo se desempeñó como Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca entre 1923 y 1931; y participó activamente con la Sociedad de Gota de Leche del Azuay en la difusión de la puericultura.

²² Médico beneficiario de las becas impulsadas por los gobiernos liberales, cuya experiencia en Europa le permitió observar las diferentes iniciativas para la protección de la infancia. A su regreso promovió la creación de los dispensarios de Gota de Leche en Quito. Además de fungir como catedrático universitario, fue designado decano de la FCM de la Universidad Central en los periodos de 1923 a 1924 y 1929 a 1931.

²³ Dávila, “La gota de Leche, lo que se puede aguardar en Quito de esta obra de protección infantil.”; Carlos Sánchez, “Protección a la infancia”, *Anales de la Universidad Central del Ecuador*, 1923: 64; Cabanilla Cevallos, *Contribución al estudio de la mortalidad infantil en Guayaquil*, 41.

obstetricia, y odontología. Por otra parte, se evidenció una fuerte preocupación por construir un modelo de ciencia nacional, que respondiera a las problemáticas locales.

La puericultura como un elemento central de movimiento eugenésico en el Ecuador, tomó impulso a partir de la década de 1920, con un énfasis en la higiene y la moral; y se fortaleció con la penetración del pensamiento higienista en la sociedad, en 1930. Con una fuerte filiación al positivismo científico, este saber pretendía tratar con esquemas científicos las prácticas maternas y aspectos relacionados con la crianza y reproducción. De tal forma que desde la comunidad médica se enfatizó en la necesidad de promover la enseñanza y vigilancia de las prácticas de cuidado de los niños debidamente racionalizadas.

Sobre esta base, las primeras instituciones para la instrucción de profesionales sanitarias encargadas de la enseñanza práctica de puericultura e higiene fueron la Escuela de Enfermeras (1917),²⁴ y la Sociedad Nacional de la Cruz Roja (1922),²⁵ cuyas graduadas participaron en el adiestramiento de las madres que acudían a los diversos servicios médicos. En 1926 en el marco de la Segunda Conferencia Panamericana de Cruz Roja se estableció que impulsar

los médicos, visitadoras y parteras de la Cruz Roja, sean los cooperadores de las autoridades sanitarias de cada país en la obra de protección del recién nacido y del niño; (...) estén obligados a cursar estudios complementarios de perfeccionamiento en puericultura y pediatría que los capaciten para ejercer debidamente las funciones anteriores; que los médicos de la C.R y en algunos casos sus *nurses* hagan extensivos esos conocimientos al resto de la población, divulgándolos por medio de conferencias, clases de puericultura, etc., dictadas especialmente en liceos y escuelas; (...) participar en la creación de leyes que establezcan la alimentación natural obligatoria en el primer semestre de la vida; la reglamentación de la lactancia mercenaria y la enseñanza de la puericultura en las escuelas primarias.²⁶

El mismo año se introdujo en el sistema de educación la obligatoriedad de la enseñanza de la puericultura en escuelas e institutos normalistas, y en los planes de estudio de la Facultad de Medicina y la Escuela de Obstetricia.²⁷ A pesar de que estas

²⁴ La Escuela de Enfermeras fue fundada por el médico lojano Isidro Ayora en 1917, en las instalaciones de la Maternidad de Quito, con el fin de formar enfermeras profesionales. Estas profesionales sanitarias participaron en la asistencia de enfermos hospitalizados. A. Kim Clark, *Gender, State, and Medicine in Highland Ecuador: Modernizing Women, Modernizing the State, 1895-1950* (University of Pittsburgh Press, 2012), 145.

²⁵ La Cruz Roja Ecuatoriana organizó anualmente el Curso de Enfermeras Visitadoras de Higiene, cuyas graduadas recorrían la ciudad, en especial los barrios populosos para “observar y corregir las condiciones higiénicas en las que viv[ía] la gente pobre”. Cruz Roja Ecuatoriana, *Boletín de Información* (Quito: Talleres Tipográficos Nacionales, 1928), 8.

²⁶ Cruz Roja Panamericana, “Segunda Conferencia Panamericana de La Cruz Roja”, *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana* 5, núm. 8 (1926): 347.

²⁷ Hasta 1926, la enseñanza de la obstetricia estuvo limitada al estudio de los órganos reproductivos femeninos, enfermedades, atención del embarazo y parto. El cuidado del recién nacido se contemplaba como una tarea encomendada a las enfermeras. Por esta razón la formación de obstetrices se consideró como deficiente y cuya práctica profesional debía ser suprimida y reemplazada por enfermeras, quienes

iniciativas promovían la divulgación de puericultura y la profesionalización del cuidado infantil, varios médicos consideraban que en el Ecuador existía un déficit de especialistas en medicina infantil, hecho que limitaba la difusión de este saber. En 1929, Carlos Andrade Marín denunciaba que la situación de la educación en puericultura en el país era desastrosa. No se trataba solamente de un problema “de falta de cultura y conocimientos en la gente pobre, de baja escala social o en la población indígena, sino de la ignorancia casi absoluta aún de parte de las personas cultas y educadas en variados órdenes de conocimiento”.²⁸ El médico insistía en la idea de que la enseñanza de la puericultura no debía ser exclusiva para las mujeres-madre sino que era indispensable la capacitación de los médicos y sociedad en general en esta materia. Asimismo, señalaba que la falta de médicos especialistas en niños contribuía de forma negativa en la lucha contra la mortalidad infantil, debido a que en muchos casos, era el mismo médico quien recomendaba regímenes alimenticios incorrectos debido al desconocimiento de la fisiología del cuerpo infantil.²⁹

En este contexto, las enfermeras y parteras certificadas asumieron el papel de educar y vigilar la puesta en práctica por parte de las madres de los preceptos científicos para el cuidado de los hijos, y fueron las primeras profesionales especializadas en la atención científica de los niños y en la divulgación de la puericultura.³⁰ Estas profesionales se desempeñaron en las instituciones mencionadas en el primer capítulo, como las maternidades, La Gota de Leche, las Casas Cuna, dispensarios de niños, y a partir de 1926, se integraron al Servicio Sanitario Nacional en calidad de empleadas estatales.

estaban mejor capacitadas como auxiliares del médico y la atención de los pacientes. En 1916, una comisión conformada por los médicos Isidro Ayora, Carlos García Drouet y Alejandro Villamar plantearon que la práctica obstétrica fuera considerada como una especialización médica, la cual se podía cursar después de obtener el título de doctor. Isidro Ayora, Alejandro Villamar, y Carlos García Drouet, “Proyecto de Plan General de estudios de Medicina”, *Anales de la Universidad Central del Ecuador*, julio de 1916: 436.

²⁸ Andrade Marín, *La Protección de la Infancia en el Ecuador*.

²⁹ Carlos Andrade Marín, *La Protección de la Infancia en el Ecuador*, 86.

³⁰ Algunos ejemplos que ilustran el proceso de consolidación de la puericultura como un saber médico especializado son el español, en donde se estableció una Escuela Nacional de Puericultura (1926), cuyo objetivo era la enseñanza y preparación de profesionales que trabajaran en torno a la infancia como enfermeras, niñeras, obstétricas; la investigación y divulgación; en Argentina, la creación de la Sociedad de Puericultura y en Colombia la Escuela Superior de Higiene. Ver Colmenar, Carme, “La institucionalización de la maternología en España durante la Segunda República y el Franquismo”, *Historia de la educación: Revista interuniversitaria*, núm. 28 (2009): 161–83; Mónica Álvarez, “‘Para cuidar un ser que apenas se bosqueja en las entrañas de lo desconocido’. Surgimiento de la puericultura en Colombia en la primera mitad del siglo XX” (Licenciatura, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2015).

La escuela constituyó un espacio privilegiado para la enseñanza de la puericultura debido a que cumplía con la función de socializar los valores y fines de las clases medias entre las clases populares. En este sentido, la puericultura y las enseñanzas del hogar (economía doméstica, oficios, etc.) buscaban regular la vida privada e intervenir en las prácticas maternas, a través de la introducción de nociones de orden, ahorro y trabajo. El médico Carlos Andrade Marín, añadía que si bien la formación de las niñas y adolescentes en los preceptos sobre puericultura iniciaban en la escuela primera, este proceso debía continuar durante toda su vida, con especial atención a las mujeres del campo y sectores populares.³¹ Los médicos ecuatorianos concordaban además, en la necesidad de la participación de las maestras normalistas en el proceso de divulgación de puericultura en las escuelas. Las educadoras debía encontrar la mejor forma de abordar entre la población infantil femenina “todo lo relativo a la altísima misión de la madre”.³² Empero, las profesoras requerían ser capacitadas por el Médico Escolar, a quien se le designaría la labor de dictar conferencias semanales. De esta forma, las maestras estarían en la capacidad de transmitir a sus alumnas los conocimientos necesarios sobre los cuidados que debían prodigarse al niño desde el momento de su nacimiento.³³

La institución médica junto con la institución escolar se asignó una misión “civilizadora” enfocada en colocar las funciones maternas bajo el control de la autoridad médica y sustituir la formación tradicional de las madres por una enseñanza racional basada en un saber científico.³⁴ Si bien es cierto, la puericultura surgió como un dispositivo pedagógico, a partir del siglo XX se transformó en un saber médico, gracias a las innovaciones pasteurianas, el desarrollo de especialidades como la pediatría, y las propuestas eugenésicas. De esta forma, los médicos y los pedagogos, en especial las maestras, se disputaron la legitimidad para la enseñanza de este saber.

2. Dispositivos de divulgación de la puericultura.

La instrucción de la puericultura en Ecuador de 1920 y 1930, se apoyó en una importante campaña de producción y difusión de estudios que abordaban temáticas

³¹ Carlos Andrade Marín, *Siete Clases de Higiene Social* (Quito: Talleres Gráficos de Educación, 41).

³² Isidro Ayora, “A las maestras”, en *Breves nociones de puericultura: para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas* (Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1927), X.

³³ Carlos Sánchez, “La enseñanza de Higiene y Puericultura”, *Educación. Revista mensual para el Magisterio*, junio de 1926: 10.

³⁴ Luc Boltanski, *Puericultura y moral de clase* (Barcelona: Laia, 1974), 22.

como higiene y salud de la madre y el niño, el problema de la mortalidad infantil y la labor de las obras de protección de la infancia.³⁵ Estos textos circularon en distintos formatos y estaban dirigidos a públicos diferentes. Destacan por una parte, los escritos médicos, resultado de la investigación científica y de las necesidades de profesionalización en el ámbito de la salud, y que buscaban paliar los efectos negativos de las enfermedades en el país.³⁶ Y por otra parte, impresos divulgativos y pedagógicos, enmarcados en el género de consejos a las madres o manuales de puericultura.

Los primeros textos de consejos a los padres o manuales de puericultura fueron escritos por médicos exclusivamente, y fueron anexados como capítulos dentro de estudios monográficos dedicados a la lucha contra la mortalidad infantil y la protección de la infancia desde la perspectiva de la puericultura.³⁷ Estas publicaciones tenían por objetivo inculcar en la población, especialmente femenina, nociones básicas sobre el cuidado del recién nacido, alimentación metódica y la prevención de enfermedades en la primera infancia. El libro de Carlos Sánchez (1928, Quito, *Breves nociones de puericultura*), junto con otros textos educativos, tesis y monografías de medicina

³⁵ Se registraron al menos veinte publicaciones entre artículos de revistas especializadas, libros, tesis y monografías. Como ejemplo, entre los textos más destacados, se encuentran: *Estado actual de la protección de la Infancia en el Ecuador* (1922), escrito por el doctor José María Estrada Coello, presidente de la Sociedad Protectora de la Infancia en Guayaquil; *Lo que se ha hecho y puede hacerse por la Infancia en nuestro país* (1923) del doctor Carlos Enrique Hurtado, profesor de Clínica Infantil; *La gota de Leche, lo que se puede aguardar en Quito de esta obra de protección infantil* (1923) escrito por el doctor Luis G. Dávila; *Contribución al estudio de la protección infantil en el Ecuador y demografía nacional* (1924) del doctor Antonio Bastidas;

³⁶ Plutarco Naranjo, *Pensamiento médico ecuatoriano II, Estudio introductorio y selección Plutarco Naranjo*, vol. II (Quito: Corporación Editora Nacional; Ministerio de Cultura, 2011). Además, significó un esfuerzo para dar paso al surgimiento de una medicina nacional, que atendiera a la realidad ecuatoriana y no se limitaría trasladar modelos internacionales. En este escenario se realizaron importantes investigaciones sobre patología, demografía y protección de la infancia. La emergencia de literatura de divulgación sobre consejos médicos en el Ecuador estuvo asociada a fenómenos demográficos y procesos de urbanización, en los que se denotaba principalmente una alta tasa de mortalidad en la primera y segunda infancia. Los primeros escritos, a finales del siglo XIX, con fines de divulgación médica fueron compendios de higiene pública y privada, de higiene y profilaxis militar, tratados sobre conocimientos para la conservación de la salud física y moral. Esta literatura médica se caracterizó por ser de índole experta y al mismo tiempo divulgativa, pues presentaba consejos dirigidos a un gran público con un aval de científicidad.

³⁷ Se han identificado cuatro publicaciones enmarcadas en el género de consejo a los padres y manual de puericultura: Conferencia sobre Puericultura (1926) de Emiliano Crespo decano de la Facultad de Medicina de Cuenca; *Breves nociones de Puericultura* (1928) de Carlos Sánchez, catedrático de la Facultad de Medicina, profesor de Puericultura del Normal “Manuela Cañizares” y médico del Dispensario de niños; “Lo que deben saber las madres: cartilla de consejos y conocimientos de higiene infantil” (1929) de Francisco Cabanilla, médico de Asistencia Pública y experto sanitario; y *Por, para y del niño* (1937) de Enrique Garcés. A partir de la década de 1940, se evidencia el incremento de literatura de este género. Entre los más destacados se encuentran *Opúsculo de puericultura: principios generales para el cuidado, crianza, higiene y pedagogía infantil* (1942) del doctor cuencano Emiliano López Ortega; *Nociones elementales de Puericultura y Maternología* (1942), escrito por la maestra normalista María Esther Castelo de Rodríguez; *lo que toda madre debe saber* (1943) publicado por el médico Carlos Andrade Marín.

iluminan sobre la forma en que los profesionales de la salud entendieron la puericultura y la adaptaron para atender a los problemas sanitarios y sociales que enfrentaba la población ecuatoriana.

Otro tipo de publicación de divulgación fueron los folletos ilustrativos. A diferencia de los escritos señalados anteriormente, estas publicaciones estuvieron destinados para el reparto a gran escala entre los sectores populares. En 1936, el Instituto Nacional de Previsión publicó un folleto dedicado a las mujeres-madre trabajadoras, *A las madres ecuatorianas*. El objetivo de este cuadernillo era “guiar a las madres en la correcta crianza de sus hijos”.³⁸ Los contenidos fueron dispuestos en forma gráfica y sencilla para una fácil comprensión, incluso para aquellas mujeres que no sabían leer. Se lo estructuró en dos partes compuestas por una serie litografías impresas. Las secciones fueron tituladas “El día del lactante” y “El día del niño de edad de uno a tres años”, y explicaban los cuidados que se debían dispensar al niño a cada hora del día, con el tiempo que debía durar cada actividad.³⁹ Al final de la sección, se recogía una serie de consejos que complementaban las instrucciones impartidas por las ilustraciones. De esta forma, se buscaba establecer horarios que regularan el sueño, la lactancia, el juego, y el cuidado del cuerpo del niño.

³⁸ Instituto Nacional de Previsión, *A las Madres Ecuatorianas* (Quito: Departamento de Propaganda, 1936), 3.

³⁹ Imágenes 1 y 2.

Litografías utilizadas para la difusión de la puericultura

Ilustración 2

A las madres ecuatorianas



Ilustración 3

El día del lactante

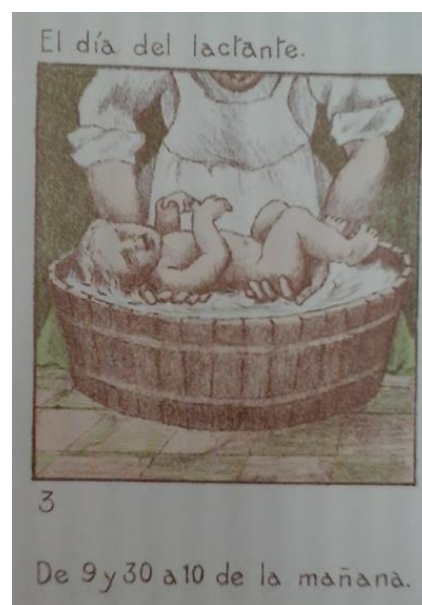


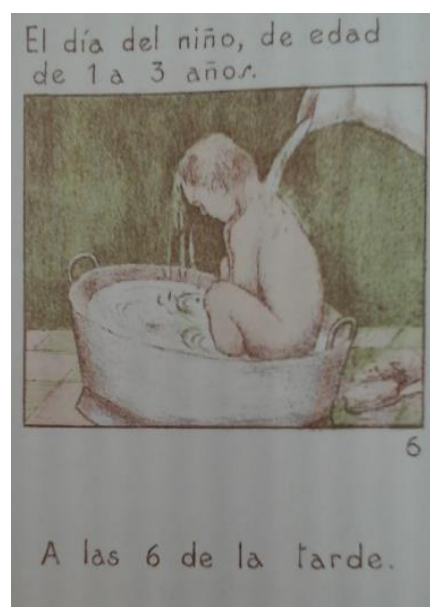
Ilustración 4

El día del niño de edad de 1 a 3 años



Ilustración 5

El día del niño, de edad de 1 a 3



Fuente: Biblioteca Ecuatoriana Aurelio Espinoza Pólit. Boletín n° 5 del Instituto Nacional de Previsión

A la difusión de textos impresos, se suman conferencias y congresos realizados como parte de las actividades de extensión universitaria, y dirigidas a las socias,

especialmente de la Sociedad de Gota de Leche en Quito y Cuenca.⁴⁰ Así por ejemplo, en marzo de 1921, la Comisión de Extensión Universitaria de la Universidad Central informaba sobre el ciclo de conferencias sobre puericultura realizadas y previstas entre los meses de febrero y mayo del mismo año. Las charlas se organizaron con la participación de profesores de la Facultad de Medicina entre los que se destacaban: Isidro Ayora, Enrique Gallegos Anda, Carlos García Drouet, Pablo Arturo Suarez, Carlos Arteta, Antonio Bastidas, Aurelio Mosquera y Luis F. Dávila.⁴¹ A pesar de que la entrada era libre, el auditorio estuvo compuesto especialmente por mujeres de la élite quiteña, quienes, a decir del médico Carlos Sánchez “ya por su educación, ya también por la clase social a [la] que pertenecen, saben lo bastante para que la crianza del niño se efectúe con las mejores condiciones”.⁴² Según el galeno, las conferencias debían estar dirigidas preferentemente a las clases populares y adaptadas a su comprensión porque éstas requerían de consejos y de reglas científicas para la crianza de sus hijos. Sin embargo, Carlos Andrade Marín enfatizaba en que la ignorancia en temas de cuidado infantil no tenía nada que ver con la procedencia social de las madres. A rasgos generales, el discurso médico evidenció la desconfianza que tenían los expertos en la capacidad de las mujeres-madre para criar a sus hijos, aun a pesar de que se insistía que la maternidad correspondía a la naturaleza de la mujer.

Por otra parte, tanto las publicaciones como las conferencias denotan una separación de los saberes en función del género. Bajo esta lógica, las profesionales sanitarias mujeres se encargaban de aplicación práctica de los preceptos teóricos planteados por los médicos. Hecho que los mantuvo por varios años como la única voz autorizada para la investigación y sistematización de los conocimientos relacionados con los sistemas de crianza en el Ecuador.

⁴⁰ El texto de Emiliano Crespo es un ejemplo de este tipo de eventos organizados con el fin de difundir las nociones de la crianza científica.

⁴¹ Universidad Central del Ecuador, “Conferencia de puericultura”, *Anales de la Universidad Central del Ecuador*, marzo de 1921.

⁴² Sánchez, “Protección a la infancia”: 63.

Ilustración 6

Enseñanza práctica de puericultura



Fuente: *Revista Educación* (Quito: Talleres Tipográficos Nacionales, 1926)

Carlos Andrade Marín, al igual que otros colegas, se cuestionaba sobre la forma correcta de divulgar estos conocimientos sin perder la condición científica de su práctica. Una de las opciones fue a través de “la vulgarización” de los contenidos, mediante el uso de metáforas fáciles de utilizar. Por su parte, optó por la transmisión de siete clases sobre higiene social a través de la Radio HCJB, en el marco del proyecto “Colegio al Aire”, una extensión del Instituto Mejía, en 1936.⁴³ En este espacio, el médico no solo abordaba temas relacionados con el cuidado del cuerpo y el ambiente físico de habitación, sino que dedicó una de las clases a reflexionar sobre las causas de la mortalidad infantil y las posibles obras sociales para evitarla. Las transmisiones radiofónicas del doctor Andrade Marín pueden considerarse únicas en su tipo, ya que no se evidencian registros de otros programas similares. Empero, si la difusión radial tenía un gran alcance ¿Por qué no se realizaron otros proyectos similares? ¿No era el fin llegar a un mayor número de personas? La respuesta puede ser que la eficiencia de la difusión radicaba en la vigilancia y supervisión de la correcta aplicación de los consejos de higiene.

Otra iniciativa de difusión constituían los concursos de puericultura con los que se buscaba fomentar el ejercicio de la crianza higiénica y científica, y que además, sirvieron para calificar la capacidad de las madres para aplicar los preceptos médicos. Las Sociedades Protectora de la Infancia (SPI) y de la Gota de Leche concibieron como

⁴³ Andrade Marín, *Siete Clases de Higiene Social*.

parte de sus funciones la organización de concursos que incentivaran en las madres el cuidado científico de sus hijos, a la par de promover en la población la “idea de proteger al niño vigilando su higiene y su alimentación”.⁴⁴ En Guayaquil, la SPI organizaba anualmente el concurso con donativos de los socios y del Club Rotario, los mismos que servían de incentivo para las madres que se presentaban con sus hijos. Según el presidente de la Sociedad, el médico José María Estrada Coello, este evento tenía buena acogida en la sociedad. Así lo anunciaba en su informe anual:

El éxito de este concurso ha superado a todos los anteriores, a tal punto que los Jurados se vieron en el caso de solicitar aumentos de premios, ante la imposibilidad de efectuar una justa selección... Además no pudiendo premiar a todos los niños presentados, y como un estímulo para las madres, la Sociedad obsequió a todos los niños que no fueron premiados,... con un corte de tela para vestido.⁴⁵

Otro tipo de evento dirigido a promover la salud y el cuidado de los niños fueron los Concursos por la Salud destinados a los niños enfermos que concurrían al servicio de Consulta Externa brindado por la Sociedad Protectora de la Infancia. En este evento se calificaba el cumplimiento de las prescripciones médicas, el aseo del niño y la diligencia de la madre cuando el niño enfermaba.⁴⁶ Adicionalmente, en 1932 se organizó un concurso con el fin de premiar a la madre que presentará el mayor número de hijos sanos, menores de tres años. Dicho año el premio, de \$ 110.00 sucres donados por el Rotary Club, tuvo que ser dividido entre tres madres cuyos hijos presentaban las mismas condiciones de desarrollo.⁴⁷ Estos eventos buscaban incentivar a las madres a aplicar de la mejor forma los preceptos médicos, bajo la promesa de una recompensa económica. En general, lo que perseguían estos concursos no era premiar al bebe más gordo, sino a aquel que evidenciara un correcto desarrollo.

⁴⁴ Sociedad Protectora de la Infancia, *Informe anual presentado por el DR. J.M. Estrada Coello, presidente de la Sociedad Protectora de la Infancia a la Junta General de Enero de 1931, correspondiente a al año 1930* (Guayaquil: Imprenta y Papelería Mercurio, 1931), 7.

⁴⁵ Sociedad Protectora de la Infancia, *Informe anual presentado por el DR. J.M. Estrada Coello, presidente de la Sociedad Protectora de la Infancia a la Junta General de Enero de 1932, correspondiente a al año 1931*. (Guayaquil: Imprenta y Papelería Mercurio, 1932), 8.

⁴⁶ Sociedad Protectora de la Infancia, *Informe anual presentados a la junta de enero de 1932*, 8.

⁴⁷ Sociedad Protectora de la Infancia, *Informe anual presentado por el DR. J.M. Estrada Coello, presidente de la Sociedad Protectora de la Infancia a la Junta General de Enero de 1932, correspondiente a al año 1931*.

Ilustración 7.

Un grupo de niños que fueron presentados al Concurso de Puericultura

Fuente: *Informe anual presentado por el DR. J.M. Estrada Coello, presidente de la Sociedad Protectora de la Infancia a la Junta General de enero de 1931, correspondiente a 1930.*

Los esfuerzos desplegados desde el Estado y por las instituciones especializadas del cuidado materno-infantil contó además con el apoyo de la prensa escrita, misma que incorporó secciones con lecturas y reportajes sobre el hogar, en los que se vinculaba el cuidado y desarrollo de los niños en la primera infancia con el discurso de mejoramiento de la raza.⁴⁸ Durante el mes de mayo, 1921 el diario *El Comercio* de Quito publicó una sección llamada “Feminismo” en la cual se recogían artículos que, si bien no estaban del todo relacionados con el cuidado infantil, destacaban en cambio la importancia de profesiones femeninas como la enfermería, además de introducir el debate sobre el feminismo en la opinión pública. En los meses de enero a mayo del año de 1923 se organizó una sección de lecturas dirigidas a mujeres tituladas “Para Damas”. Está, a diferencia de la anterior, carecía de contenido político y se centraba más bien en temas relacionados con el desenvolvimiento del hogar, moda, literatura y por primera vez, se integran artículos relacionados con el ejercicio de la maternidad y el cuidado infantil. Entre los meses de marzo y mayo de 1928, apareció la sección “Lectura para el hogar”, la misma que integró todos los elementos descritos anteriormente.

De esta forma, la difusión de la puericultura no se encontraba en manos únicamente de la comunidad científica, como la voz autorizada de organizar y legitimar los preceptos a socializarse, sino que en este proceso se integraron también las maestras, los editores de periódicos, incluso representantes de comunidades religiosas. Las obras

⁴⁸ Cecilia Alfaro Gómez, “Puericultura, higiene y control natal. La visión de Esperanza Velázquez Bringas sobre el cuidado materno-infantil en México, 1919-1922”, *Historia Autónoma*, núm. 1 (septiembre de 2012): 109.

de divulgación de puericultura se convirtieron en dispositivos a través de los cuales se racionalizaron y regularon las actividades inherentes a la labor materna, además de su dimensión pedagógica,⁴⁹ fundamentados en un discurso científica y nacionalista en algunos casos.⁵⁰

Ilustración 8
Lectura para el hogar



Fuente: *El Comercio*, 1928

⁴⁹ *Ibíd.*, 18.

⁵⁰ Palacio, *Mujeres ignorantes...*, 11.

Capítulo Tercero

“El niño de hoy será el hombre de mañana”: Técnicas de subjetivación del niño y representaciones de la dupla madre-hijo.

Desde finales del siglo XIX e inicios del XX, se produce en América Latina una serie de debates inspirados en los saberes modernos, que construyeron imaginarios sobre el niño como un “ser diferente”, contrario a representaciones previas, en las que se lo retrataba como un ser que convivía y se confundía con otros sujetos, sin distinción alguna.¹ Estos debates buscaban fijar las diferencias biológicas del niño y establecer las formas específicas para su educación y trato cotidiano. En este contexto, la divulgación de reglas y pautas para la crianza “científica”, desde la perspectiva de la puericultura, adquirió importancia dentro de los proyectos modernizadores de las naciones latinoamericanas, cuya principal pretensión era la constitución de un determinado tipo de sujeto infantil; así como, de prácticas, discursos e identidades en torno a la maternidad y a la paternidad.² Este capítulo plantea el análisis de los tres estudios médicos mencionados en la Introducción de esta tesis, mismos que reflexionan sobre crianza y la protección del niño, en la denominada primera y segunda infancia y que constituyeron un texto de lectura importante para el adoctrinamiento de las madres, la subjetivación del niño y la construcción de representaciones del cuerpo del niño y la maternidad.

Las publicaciones seleccionadas fueron escritas por hombres pertenecientes a una clase social con un alto nivel educativo y presentan información desde una perspectiva institucional, que pretendía legitimar un tipo de discurso especializado. En esta línea, los autores de los textos analizados, utilizaron planteamientos eugenésicos para promover “la necesidad de asegurar la salud física y moral de la nación”,³ y la crianza científica de los niños contribuiría a este fin. La protección de la infancia se asumió como parte de un conjunto de prácticas, destinadas al mejoramiento biológico

¹ Diana Marcela Aristizábal García, “Niños deseantes y mercados emergentes. Reflexión histórica sobre la infancia y el consumo en Colombia, primera mitad del siglo XX”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, núm. 8 (2016): 206.

² Dos Santos Lamprecht, “Conselhos às mães”.

³ Loredó Loredó y Belén Jiménez Alonso, “Small Citizens: The Construction of the Child in the First Subjectivity Spanish and Latin American Childcare”, *Universitas Psychologica* 13, núm. SPE5 (diciembre de 2014): 1955–65, <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.pccs.1955>.

de la sociedad y el progreso material de la nación, propuestas desde el discurso médico higienista.⁴

Para los fines de nuestro estudio, identificamos dos generaciones de salubristas ligados a la difusión de la puericultura. La primera generación representada por Carlos R. Sánchez y Emiliano Crespo se caracterizó por el predominio de la higiene y la moral como palabras claves para referirse a la salud física y psíquica. Esta primera perspectiva, estaba asociada con una práctica privada e individual, en la que la responsabilidad de mantener la salud recaía en las mujeres con un incipiente grado de intervención médica. En la segunda generación, la higiene discurrió hacia el campo de la salud pública, pasó a estar bajo el dominio masculino, y se extendió a la población mediante campañas de divulgación, vacunación, entre otros. Algunos de los referentes de esta generación fueron Carlos Andrade Marín y Enrique Garcés, quienes buscaron entender la forma en que las condiciones sociales y económicas influyen en la salud y enfermedad.

La primera obra seleccionada se publicó en 1926, en forma de un estudio de treinta y tres páginas que recogía la conferencia dictada por el médico cuencano Emiliano Crespo, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca (1923-1931).⁵ El texto fue divulgado bajo el nombre *Conferencia sobre Puericultura*, como parte de un ciclo de diálogos presentados en el local de la Gota de Leche del Azuay ante las socias de la Sociedad del mismo nombre y miembros de la facultad. La obra está estructurada en tres partes: el planteamiento de un estado de la cuestión respecto a la mortalidad infantil e instituciones de salud en Cuenca; los cuidados prenatales y la atención del niño después del parto hasta la edad de dos años. La atención médica y moral de los niños durante la primera infancia recibe especial interés

⁴ La preocupación higienista se extendió en el Ecuador a finales del siglo XIX y se consolidó como un discurso especializado y cientificista, en las primeras décadas del siglo XX. En un primer momento, el higienismo se centró en la acción de saneamiento de los puertos y principales áreas urbanas, en sí el principal interés era de tipo físico. Kingman señala que este momento estuvo relacionado con la circulación de aire y fluidos, distribución de las casas de asistencia y cementerios. En cambio, el segundo momento refleja un problema de salud pública, el interés deja de centrarse en el cuerpo individual y se asume la necesidad de regular los elementos nocivos para la población, a través de la aplicación de dispositivos de control social.

⁵⁵ Este médico ha sido considerado, por la historiografía médica ecuatoriana, como uno de los más valiosos especialistas en la investigación, clasificación y estadística de la parasitosis. Además, la experiencia adquirida en Europa le permitió reformar la práctica médica en su ciudad natal, y formar parte de iniciativas enfocadas a la atención especializada en niños. Celín Astudillo Espinosa, *Páginas históricas de la medicina ecuatoriana. Instituciones, ideas y personajes* (Quito: Instituto Panamericano de Geografía histórica, 1981).

por parte del autor. Al tratarse de una conferencia, el lenguaje utilizado es de fácil comprensión y trata de resumir los principales aspectos relacionados con el cuidado del cuerpo del niño. Se evidencia un constante uso de metáforas con las que se critica las costumbres de crianza de la sociedad ecuatoriana.

El segundo título es *Breves nociones de Puericultura: para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas*. Se trata de una publicación que apareció en 1928, de autoría del médico Carlos R. Sánchez profesor de la Cátedra de Puericultura y Clínica Infantil de la Universidad Central, de Puericultura en el Normal “Manuela Cañizares”, director del Dispensario de Niños, médico de la Sociedad Protectora de la Infancia, y secretario del Comité ecuatoriano de socorros a los niños.⁶ El libro fue pensado como un recurso pedagógico para la instrucción femenina con el cual se buscaba dar a conocer a las mujeres sobre “los altísimos deberes anexos a la maternidad”. Este texto recogía los principales aspectos sobre el proceso reproductivo y la crianza desde el nacimiento hasta la pubertad, y respondía a la necesidad expresada por los médicos, de enseñar a las mujeres a ser madres como parte de su deber patriótico y para complementar los proyectos de protección a la infancia.⁷ En este sentido, el autor señalaba que “el día que la madre sepa cómo ha de conservar la vida de su hijo, el Ecuador aumentará su población y será una nación rica y próspera”,⁸ con lo cual justificaba la necesidad de reformar el Plan de Estudios de instrucción primaria y secundaria a fin de introducir la puericultura en las escuelas y colegios del país. Al respecto es importante anotar, que si bien este constituyó el primer escrito médico científico incorporado como un texto escolar y que moldeó unos ideales respecto a la maternidad y la infancia, no fue el primero en el género de consejos a los padres y el cuidado del recién nacido.⁹ La obra maneja un lenguaje científico vulgarizado,¹⁰ es decir, a través del uso de metáforas pretende llegar a un público no especializado y mantener su carácter científico.

La tercera publicación es de Enrique Garcés *Por, para, y del niño* (1937), resultado de una investigación que, como el mismo autor señalaba, podía ser utilizada

⁶ Sánchez, *Breves nociones de Puericultura: para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas*.

⁷ Sánchez, “La importancia del estudio de Puericultura...”.

⁸ Sánchez, *Breves nociones de Puericultura: para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas*.

⁹ En 1914, en homenaje a la Sociedad de Protectora de la Infancia por Alfredo Espinoza Tamayo.

¹⁰ Sánchez, *Breves nociones de Puericultura...*

para establecer análisis sociológicos de la realidad del Ecuador en la década de 1930.¹¹ El estilo narrativo es de tipo científico a diferencia de los trabajos mencionados anteriormente, que adaptan los conocimientos para la comprensión de un público no especializado en temas médicos.-La obra de Garcés se inscribe en un contexto en el que el higienismo se consolidó como una corriente médico-social predominante bajo la guía del médico Pablo Arturo Suarez.¹² En este sentido, Enrique Garcés inspirado por su maestro, pretendió recoger y analizar los principales problemas sanitarios y sociales como la alimentación, la habitación y la educación de las clases obreras, instituciones de protección social y aspectos de la psicología colectiva e individual del ecuatoriano. A diferencia de las publicaciones antes mencionadas, el escrito de Garcés no profundiza en las pautas para la crianza y el cuidado científico del niño, más bien problematiza sobre las políticas sociales y evidencia la necesidad de control social y de modernización de las costumbres. Asimismo, introduce a la discusión aspectos como la idea de “maternidad consciente” y la profesionalización de la maternidad que habían sido planteados incipientemente en los textos de los médicos Crespo y Sánchez.

A partir de la pregunta problema de esta investigación, se han identificado dos grandes campos discursivos que permiten analizar la construcción del binomio madre-hijo, desde la retórica de la puericultura en su inscripción institucional y científica: a.) los discursos en torno a la lactancia y la alimentación metódica; y b) las prácticas de socialización como el juego enmarcadas en nociones de disciplina.

1. Lo que toda madre debe saber: lactancia materna y alimentación metódica.

El análisis de la lactancia y la alimentación en los textos seleccionados, ilumina sobre los procesos de racionalización de las actividades maternas planteadas por la puericultura y los primeros esfuerzos por la normalización y disciplinamiento de la población infantil, aspectos que se harán evidentes en las prácticas de formación de

¹¹ Garcés, *Por, para y del niño*. Enrique Garcés fue un dramaturgo, ensayista, historiador, periodista y catedrático universitario.

¹² Eduardo Kingman, *La ciudad y los otros, Quito 1860-1940: higienismo, ornato y policía*, 2a ed. (Quito: Flacso-Sede Ecuador/ FONSAL, 2008):301-303.

hábitos. Estas actividades se fundamentaron sobre la noción de vigilancia que favorecía la mirada materna y médica de una forma discreta y omnipresente a la vez.¹³

1.1. “Sea usted la nodriza solo de su hijo”,¹⁴ algunas consideraciones sobre la lactancia natural.

Las publicaciones médicas analizadas en esta investigación establecen una clasificación de la alimentación del lactante basada en la procedencia de la leche. En esta investigación adoptaremos la propuesta del médico otavaleño Enrique Garcés (1937), cuya clasificación ilumina de mejor manera las representaciones sociales de la madre en relación a su rol como dispensadora de cuidados, en especial de la alimentación. Según Garcés, existían dos formas de alimentación posibles para los lactantes, la lactancia natural, es decir aquella que provenía de la misma madre del niño, y la innatural, que remitía a todas las otras formas de alimentar al niño. Dentro de esta división se destacaba la lactancia por nodriza como seminatural,¹⁵ con lo que buscaba enfatizar en el rol de dispensadora de la madre como algo naturalizado y considerado “normal”.

El discurso médico respecto a la lactancia natural se fundamentó en la premisa de que la madre era la única con la capacidad biológica para amamantar, y la leche materna era el alimento básico en la dieta de los recién nacidos. Sánchez por ejemplo elogiaba las propiedades y beneficios de la leche materna en la alimentación de los hijos debido a que ésta contenía “sustancias específicas [que] no se enc[ontraban] ni en la leche de una nodriza ni en la leche de vaca”.¹⁶ Bajo dicho argumento, se buscaba que las mujeres asumieran la tarea de amamantar a sus hijos como parte de sus responsabilidades maternas. Asimismo, se constituyó como un recurso para la valoración social y moral de las mujeres en su rol como madres. El incumplimiento del “deber de amamantar” se consideraba como un atentado a la naturaleza y un acto criminal. Así lo manifestaba el médico cuencano Emiliano Crespo (1926):

¹³ Jacques Donzelot, *La policía de las familias: familia, sociedad y poder.*, trad. Alejandrina Falcón (Buenos Aires: Nueva visión, 2008), 28.

¹⁴ Sánchez, *Breves nociones de Puericultura...*, 62.

¹⁵ Enrique Garcés, *Por, para y del niño*, vol. I (Quito: Talleres Gráficos de Educación, 1937), 243.

¹⁶ Carlos Sánchez, *Breves nociones de Puericultura...*, 54.

La madre que no alimenta a su prole con la leche de sus senos comete un hurto tanto más criminal que se opone a una ley de la Naturaleza, quien sabía y previsivamente ha puesto estas fuentes de vida en el organismo de la madre.¹⁷

La premisa detrás de esta exigencia consistía en la idea de que la lactancia era parte de la naturaleza del ser madre. La mujer-madre debía cumplir con funciones biológicas específicas, como la reproducción y la alimentación, que no podían ser eludidas salvo en los casos señalados por Enrique Garcés como “incompatibilidades médicas”. No obstante, los galenos denunciaban que muchas mujeres rehuían a la lactancia por el temor de modificar sus atributos corporales:

Madres hay que rehúyen el cumplimiento del más noble de los deberes, cual es el de la lactancia, por el pueril temor de ver marchitarse su belleza; es decir, condenan, a una muerte segura, a sus hijos o forman generaciones de niños raquíticos, *incapaces de llegar a ser ciudadanos útiles*, únicamente por conservar un accidente del que debe prescindir la mujer que entra en el sagrado templo de la maternidad.¹⁸

Si bien es cierto, para los médicos y expertos, evitar la lactancia natural constituía un atentado a las leyes naturales, era aún más condenable que con esta acción las mujeres no cumplieran con su deber patriótico de contribuir con la generación de ciudadanos fuertes, sanos y capaces de contribuir al progreso de la nación ecuatoriana. Evidenciándose así una doble negación de las madres: a su rol natural y sus deberes patrióticos. No obstante, Enrique Garcés consideraba que era importante que las madres no solo optaran por la lactancia natural sino que “supieran a conciencia los deberes maternos frente al concepto de la puericultura”.¹⁹ Según Garcés, en el Ecuador la lactancia era insuficiente debido a que las madres no sabían la manera higiénica de alimentar a sus hijos, otras no podían cumplir con su deber de lactar por motivos laborales (clases obreras), o evitaban la lactancia natural por “obedecer los ciegos impulsos de la vida de la sociedad (clases acomodadas)”.²⁰ Las iniciativas de protección social analizadas en el primer capítulo de esta tesis, perseguían precisamente el fomento, intervención y vigilancia de la lactancia.

Si la lactancia era una obligación de la madre por corresponder a su naturaleza, para el niño, en cambio, constituía el requisito de un desarrollo exitoso. La lactancia era parte de los cuidados que requerían los recién nacidos durante los primeros meses de vida, y su ejercicio contribuía a satisfacer las necesidades de los hijos, establecer

¹⁷ Emiliano Crespo, *Conferencia sobre puericultura* (Cuenca: Tipografía de la Universidad, 1926), 10.

¹⁸ Luis Dávila, “La gota de Leche, lo que se puede aguardar en Quito de esta obra de protección infantil.”, *Anales de la Universidad Central del Ecuador*, núm. 246 (junio de 1923): 202. Énfasis añadido.

¹⁹ Garcés, *Por, para y del niño*, 243.

²⁰ *Ibíd.*

vínculos afectivos (amor maternal), y aportaba la “felicidad del hogar”.²¹ Según los expertos, cuidado y crianza de los hijos no debían suponer sacrificio alguno para las madres, a pesar de que los autores reconocían que estas tareas demandaban gran dedicación en términos de tiempo. Por el contrario, la maternidad intensiva permitía a las mujeres desarrollar el amor maternal o “ternura materna” características propias de la construcción del ideario de la mujer moderna o *nueva mujer*.²² Un artículo en la sección de “Lecturas para el hogar” en el diario *El Comercio* (1928) señalaba que la madre al dispensar los cuidados necesarios para el desarrollo del *bebe* “tendrá mayor interés por su hijo, no siéndole molesto alimentarlo, ni vivir pendiente de cuando el pequeño lo necesite”.²³

Estos argumentos favorecieron a la construcción discursiva del binomio madre-hijo, ampliamente defendida en las publicaciones médicas y de divulgación en el segundo lustro de 1920, basadas en la noción del determinismo biológico. La naturalización de la lactancia y la maternidad planteaba la relación en la madre y su hijo como complementaria, simétrica e ineludible,²⁴ en la que los dos involucrados recibían un beneficio. En 1926, el médico cuencano Emiliano Crespo persuadía a las mujeres-madre a amamantar bajo la promesa de asegurar su salud: “[...] la mujer que lacta mejora ordinariamente en su salud y se embellece”.²⁵ Por su parte, el niño recibía los nutrientes necesarios para asegurar su sobrevivencia. De esta forma se intentaba contrarrestar al creciente mercado de productos que fomentaban la lactancia artificial.²⁶

Por otra parte, la lactancia natural, desde una perspectiva psicológica, contribuiría en la formación de la personalidad del niño. En 1937, el médico Enrique Garcés cuestionó la forma de entender la relación entre madre-hijo, propuesta por la puericultura en la década pasada. Esta crítica marco el inicio del tránsito de un discurso

²¹ Sánchez, *Breves nociones de Puericultura...*, 54.

²² La historiadora española Mary Nash en su estudio sobre maternidad y reforma eugénica en las tres primeras décadas del siglo XX en España señala que a inicios del siglo XX, se evidencia un cambio en las representaciones culturales de la mujer, de la figura decimonónica del “ángel del hogar” hacia el de la *mujer moderna o nueva mujer*, instruida y profesional. Mary Nash, “Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939”, en *Historia de las mujeres*, ed. Georges Duby y Michelle Perrot, vol. 5 (Madrid: Taurus, 2000), 687–708.

²³ Dr. Bolt, “La salud de los bebés: Alimentación”, *El Comercio*, el 29 de marzo de 1928, sec. Lectura para el Hogar.

²⁴ Marcela Borinsky, “‘Todo reside en saber qué es un niño’. Aportes para una historia de la divulgación de las prácticas de crianza en la Argentina”, *Anuario de Investigaciones UBA XIII* (2005): 118.

²⁵ Crespo, *Conferencia sobre puericultura*.

²⁶ A partir de 1921, en el diario *El Comercio* la publicidad ofrecía productos para la alimentación de los niños como biberones y fórmulas lácteas asegurando tener un respaldo médico y científico.

puericultor dominado por el determinismo biológico, fuertemente presente en las dos primeras décadas del siglo XX, hacia una mirada marcada por, a decir de la investigadora argentina Marcela Borinski, el dominio de un lenguaje psicológico, que apareció a mediados de la década de 1930 y se consolidó en la década de 1950.²⁷ El médico manifestaba que entre el lactante y su madre, a más de una dependencia física, existía una dependencia psicológica. La lactancia natural contribuía a establecer vínculos de identificación con la madre, y a su vez influía en el desarrollo de la personalidad y la psicología del niño. En palabras de Garcés: “Si por cualquier motivo falta esa parte del comienzo de la vida [dependencia], va a crecer el pequeño rodeado de desamparo”.²⁸ Desde esta perspectiva, no bastaba con alegar la función natural de la madre, la conciencia eugenésica, sino que se consideraba imprescindible que también las madres asumieran la responsabilidad que les correspondía y no se la delegaran a otras mujeres con las que no existía un vínculo natural, porque aquellos niños en el futuro se convertirían en hombres y mujeres con necesidad de depender de otros, inseguros de sí mismos y otras alteraciones psicológicas que devendrían en problemas sociales como el alcoholismo o la delincuencia. Un adulto con tales características resultaba contraproducente a los objetivos perseguidos por los proyectos nacionales, ya que sería incapaz de aportar física o intelectualmente al progreso del país.

1.2. La ciencia detrás de la alimentación.

A pesar de las múltiples exposiciones sobre la necesidad de enseñar a las mujeres sobre nociones de puericultura e higiene como parte del proyecto nacional contra la mortalidad infantil y modernización social, Enrique Garcés y Carlos Sánchez denunciaban que la nutrición infantil se encontraba en un estado de descontrol y “abandonada al empirismo y a la ignorancia de una maternidad consistente tan solo en el fenómeno del parto”.²⁹ Hecho que contribuía a engrosar las cifras de mortalidad infantil, situación que se agravaba, por causa de la mala alimentación de las madres, especialmente en las “clases obreras” y la población indígena.

Los autores de las publicaciones analizadas señalaban que la lactancia innatural constituía un factor importante en la mortalidad infantil. Emiliano Crespo refería este

²⁷ Según Marcela Borinsky, en el caso argentino, en décadas anteriores, el discurso de la puericultura no incluía términos del lenguaje psicológico, y el concepto de higiene fue utilizado para hablar sobre el desarrollo físico e intelectual del niño. Borinsky, “Todo reside en saber qué es un niño...”, 118.

²⁸ Garcés, *Por, para y del niño.*, 139.

²⁹ Garcés, 252.

tipo de lactancia como la más peligrosa y a la vez la más utilizada. Según el médico, en 1926 en Cuenca, la mortalidad ocasionada por este tipo de lactancia era “casi cuatro veces mayor que la materna”.³⁰ Para 1937, Enrique Garcés señalaba que la mortalidad de niños lactados artificialmente frente a los lactados al pecho era siete veces mayor, en el primer mes de vida. Entre los cuatro y ocho meses, la mortalidad era diez veces mayor en aquellos alimentados innaturalmente. Con estas cifras, Garcés intentaba demostrar la importancia de la lactancia natural como una práctica capaz de “salvar a los niños y capacita[rlos] para el futuro con una mejor resistencia orgánica a las enfermedades”.³¹ Empero, se requería del estricto cuidado y reglamentación en el ejercicio de la lactancia ya fuera natural o “innatural”.

La puericultura prestó especial atención al cuidado e higiene de la alimentación en la primera infancia, por lo cual era común que los textos de difusión atendieran a aspectos como la cantidad, la variedad, las combinaciones, el horario e incluso la influencia de la alimentación en la formación del carácter.³² En esta línea, la lactancia científica, desde una visión positivista, apeló a la utilización de un método que controlará los horarios, número de tetadas y la higiene del cuerpo.³³ Según los expertos resultaba sin embargo, difícil controlar “los espacios de tiempo entre tetada y tetada, medir la duración de cada una de ellas”, debido a que las madres no estaban acostumbradas a llevar registro de estos procedimientos, y se manejaban por la intuición o los consejos de otras mujeres. Esto contribuía al apareamiento de trastornos

³⁰ Crespo, *Conferencia sobre puericultura*.

³¹ Garcés, 253.

³² Zandra Pedraza, *En cuerpo y alma: Visiones del progreso y de la felicidad* (Bogotá, 1999), 154.

³³ Las principales diferencias que se encuentran en las publicaciones analizadas están relacionadas con el número de tetadas. Asimismo, los autores presentan tiempos diferentes respecto al inicio del destete y la duración de la lactancia exclusivamente materna. Carlos Sánchez y Emiliano Crespo manifiestan que hasta los ocho meses la alimentación del niño debe ser exclusivamente con leche materna. A partir de esa edad el organismo del infante requería de otros alimentos, especialmente, zumos de frutas para su correcto desarrollo. Contrario a esta sugerencia, el doctor Crespo pregonaba que desde los ocho meses debía introducirse de forma progresiva la leche de origen animal. Por su parte, Enrique Garcés señalaba que proceso de destete debía iniciar a los seis meses y consistía en sustituir una tetada con una papilla hecha con agua o leche y harina lacteada, harina de trigo o tapioca. Estos datos develan que no existe un consenso sobre el mejor sistema para vigilar y garantizar una buena lactancia, pero era necesario que las mujeres-madre tuvieran conocimiento de estos procedimientos y sobretodo, que lograran ejecutarlos según establecían las prescripciones médicas. La posible explicación a las diferentes propuestas estaría asociado con los modelos adaptados por los médicos a la realidad ecuatoriana. Mientras los doctores Crespo y Sánchez planteaban un acercamiento al problema de la alimentación desde la experiencia y el análisis de literatura especializada, la propuesta de Enrique Garcés estaba fundamentada, además, en las observaciones e investigaciones sociales realizadas en el marco de la cátedra de higiene, impulsada por la Facultad de Medicina de Quito, y los nuevos preceptos establecidos por la puericultura en la década de 1930.

digestivos e indigestiones infantiles.³⁴ El problema se agravaba, según la opinión médica, con la práctica de amamantar a los niños cada vez que lloraban, mantenerlo cerca del pecho constantemente o compartir el lecho con la madre o nodriza. Estos “malos” hábitos impedían que el niño interiorizara las primeras reglas para la convivencia social.³⁵ Por otra parte, el establecimiento de un horario, debía contribuir a que el niño mantenga una correcta digestión y aprovechamiento nutricional.³⁶ Sin estas condiciones era imposible mantener la vigilancia del peso y estado gástrico del niño, fundamentales para determinar las modificaciones de las raciones.

La alimentación desordenada y sin método era la principal causa de enfermedades del aparato digestivo como la gastroenteritis, y predisponía al niño sufrir padecimientos como la obesidad o la desnutrición.³⁷ Carlos Sánchez cuestionaba la creencia popular de que “el niño más gordo y de más peso [era] el de mejor salud” y proponía que las madres y los encargados del cuidado del niño buscaran una perfecta nutrición mediante el estudio y aplicación de estrictos sistemas de vigilancia alimentaria.³⁸ A lo que Garcés añadía que se debía “alimentar perfectamente al niño con el mínimo de leche”,³⁹ lo que permitiría que el cuerpo del niño en su primera infancia fuera robusto y presentará un buen desarrollo biológico.

³⁴ Crespo, *Conferencia sobre puericultura*; Sánchez, *Breves nociones de Puericultura*, 55; Garcés, *Por, para y del niño*, 245.

³⁵ Respecto a la relación entre la alimentación y la formación de buenos hábitos, Zandra Pedraza señala que en el caso colombiano, los intelectuales médicos consideraban que los niños bien educados en el ámbito de la alimentación estarían preparados para desempeñarse en las esferas públicas de manera satisfactoria. Pedraza, *En cuerpo y alma...*, 155.

³⁶ Crespo, *Conferencia sobre puericultura*.

³⁷ El médico guayaquileño, Alfredo Valarezo en su estudio “De que morimos” en el que analiza la estadística nacional de mortalidad en el Ecuador de 1921, destacaba que la alimentación mal direccionada y las tradiciones populares constituían los principales factores para el apareamiento de trastornos y enfermedades digestivas. Estas causas no afectaban únicamente al desarrollo del niño, constituían también un problema sanitario predominante en los sectores obreros e indígenas. Así mismo, Pablo Arturo Suarez al reflexionar sobre la situación alimentaria de las clases trabajadoras en el país, manifestaba que la alimentación era “insuficiente, incompleta y desarmónica”. Por lo cual, la puericultura debía contemplar una serie de estrategias encaminadas a la modernizar las costumbres de la población y en especial, enfocarse en la adecuada preparación de las futuras mujeres-madre en lo concerniente a la administración del hogar, ya que ellas eran las únicas llamadas a conocer la manera “racional de alimentarse y de invertir el presupuesto familiar”. Alfredo J. Valenzuela, “De Que Morimos”, *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana* 4, núm. 1 (1925): 16; Pablo Arturo Suárez, *Contribución al estudio de las realidades entre las clases obreras y campesinas* (Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1934); Garcés, *Por, para y del niño*, 240.

³⁸ Sánchez, *Breves nociones de Puericultura*, 59-60

³⁹ Garcés, *Por, para, del niño.*, 244-245.

Ilustración 9

“Hermoso niño de ocho meses de edad lactado por su propia madre”



Fuente: *Breves nociones de Puericultura*. (Quito: Imprenta de la Universidad, 1928)

Adicionalmente, los autores criticaban las prácticas tradicionales de alimentación aplicadas por las madres ecuatorianas, especialmente aquellas asociadas con la concepción del niño como “un adulto pequeño” o guiadas por el empirismo de las comadronas, y la experiencia de otras mujeres-madre. En el primer caso, el desconocimiento de la diferencia fisiológica del cuerpo del niño llevaba a las madres a proporcionarles una alimentación, a decir del médico Garcés, “irracional”, que no correspondía a las necesidades nutricionales del infante. Según el médico, en los hogares ecuatorianos se acostumbraba a servir al niño pequeño la misma comida que al resto de la familia, sin tener en cuenta aspectos requeridos por la puericultura como la capacidad estomacal del niño. Por otra parte, no se tomaba en cuenta que durante la primera y la segunda infancia, se requería establecer regímenes alimentarios progresivos, es decir, que vayan introduciendo una variedad de alimentos de acuerdo al desarrollo biológico del niño.

La alimentación científica, no solo buscaba establecer las bases para una alimentación ordenada e higiénica, sino que el principal objetivo planteado era garantizar el normal desarrollo de las funciones corporales e intelectuales de la población infantil. En efecto, estuvo asociada con la noción de nutrición. No era suficiente saciar el hambre sino que, a través de la aplicación de normas de higiene y un racionamiento adecuado, se debía dotar al organismo de los nutrientes necesarios para su funcionamiento y desarrollo.

Según señalaba Garcés, las clases trabajadoras se veían obligadas a saciar el hambre “como se pueda, con lo que quiera”,⁴⁰ es decir, sin tomar en cuenta las pautas de los médicos respecto a los procesos de cocción y manipulación de los alimentos, especialmente aquellos asociados con el tratamiento de la leche como base de la alimentación del niño.⁴¹ Adicionalmente, el factor económico limitaba la capacidad de adquisición de los obreros, por lo cual la alimentación de las clases trabajadoras muchas veces se reducía a una o dos comidas al día con un deficiente consumo de nutrientes.⁴² No obstante, este no era un problema exclusivo de un sector social, ya que en las familias acomodadas también se evidenciaban los peligros asociados a una inadecuada alimentación, en donde primaban los casos de sobrealimentación.⁴³

La idea de que las mujeres-madres eran las responsables principales de la alimentación y salud de los hijos fue ampliamente extendida en la comunidad médica. Ante esto, Carlos Andrade Marín señalaba que la ignorancia y la pobreza de las madres eran de las principales causas sociales de la mortalidad infantil. Bajo esta noción, se destacaba la necesidad de organizar procesos educativos dirigidos a las mujeres-madre de sectores populares para inculcar en ellas “el sentimiento de su responsabilidad social”, darles a conocer detenidamente la forma de cuidar a sus hijos con la finalidad de evitar errores que causaran enfermedad o muerte.⁴⁴ De tal forma que la intervención sobre las costumbres se vio como una gestión necesaria, y se condenaron prácticas tradicionales consideradas por los médicos como peligrosas. Al respecto, Alfredo Valenzuela señalaba que: “harto común es por desgracia la costumbre de darles carne a los lactantes, carnesita para que chupe y les favorezca la aparición dental y el niño acaba por tragarse enteros sendos pedazos que fermentan en su intestino y les producen fuertes infecciones. Una enfermedad causada por esta costumbre es el cólera infantil”.⁴⁵

⁴⁰ Garcés.

⁴¹ En la década de 1920, la Sociedad Cruz Roja inauguró una planta pasteurizadora para higienizar las leches de consumo como parte de su proyecto de protección a la infancia y lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas. Cruz Roja Ecuatoriana, *Boletín de Información* (Quito: Talleres Tipográficos Nacionales, 1928), 17-18.

⁴² Los estudios sobre las condiciones de vida de los obreros en Quito, realizados por los estudiantes de la Catedra de Higiene de la Facultad de Medicina, señalaban que las condiciones económicas de las clases trabajadoras les impedían seguir los preceptos médicos sobre una buena alimentación, en la que se integraran de forma equilibrada los diferentes grupos alimenticios. Según el estudio, las cantidades de nutrientes consumidos por los obreros en Quito, eran deficientes. Pomerio Cabrera, Humberto Ordoñez, y Carlos Alberto Guarderas, “Contribución al estudio de la alimentación del obrero de Quito”, *Anales de la Universidad Central del Ecuador* XLVII, núm. 277 (1931): 102-105.

⁴³ Garcés, *Por, para y del niño*.

⁴⁴ Carlos Andrade Marín, *La Protección de la Infancia en el Ecuador* (Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1929).

⁴⁵ Valenzuela, “De Que Morimos”, 17.

Según Andrade Marín, el problema de la alimentación estaba, en las “mentes llenas de prejuicios” de las mujeres, lo que dificultaba la tarea de inculcarles y que pongan en práctica la crianza infantil bajo preceptos científicos.⁴⁶ No obstante, la dificultad en la aplicación de las reglas de puericultura estuvo asociada con la diferencia en los valores culturales expuestos por los médicos y los de las madres populares, quienes reinterpretaban los consejos de los expertos en función de las condiciones sociales en la que vivían, de las concepciones de infancia, dietética, salud y enfermedad. Para las madres de clases acomodadas o que compartieran los valores culturales de los médicos, fue más fácil la asimilación de dichas pautas; sin embargo, no garantizaba que estas mujeres las pusieran en práctica o asumieran la crianza de los hijos.

2. La actividad física y el juego en el disciplinamiento de la población infantil

Desde el discurso médico usado por los autores de los manuales seleccionados, el juego fue concebido como una “necesidad fisiológica” del niño, debido a que “los organismos en vía de crecimiento tienen que buscar la actividad y el movimiento”.⁴⁷ Según Carlos Sánchez, la actividad física permitía establecer valoraciones sobre el desarrollo de los niños en la segunda infancia:

El niño que juega, que se mueve y que está en constante actividad, es un niño que tiene salud y que se desarrolla normalmente. Los inactivos, los indiferentes a las distintas formas de emoción, son, ordinariamente, niños enfermos y que se desarrollan anormalmente.⁴⁸

Estas caracterizaciones develan una fuerte necesidad por establecer parámetros para la normalización del cuerpo, y la construcción de la figura del niño robusto y activo como un ideal de la infancia en edad pre-escolar. La relación entre movimiento y salud no solo contemplaba el aspecto físico del desarrollo infantil, sino que estarían asociado con los aspectos psicológicos del niño, como las emociones. Sobre este aspecto en concreto, el libro *Breves nociones de puericultura* del doctor Carlos Sánchez, se limita presentar una descripción sucinta del rol del juego y la actividad física en el desarrollo del niño. Por su parte, Enrique Garcés propone un análisis de la aplicación de la educación física, entendida como actividad metódica, formadora de hábitos y disciplina. La misma que iniciaba con el juego al aire libre, en la segunda infancia, y se

⁴⁶ Carlos Andrade Marín, *Siete Clases de Higiene Social* (Quito: Talleres Gráficos de Educación, 41), 25.

⁴⁷ Sánchez, *Breves nociones de Puericultura...*

⁴⁸ *Ibíd.*, 84.

perfeccionaba con la práctica profesional de un deporte. A pesar de que estas publicaciones no proponen pautas para guiar el juego, se nutrían de la concepción genético-biológica de la infancia promovida por la pedagogía decrolyana.⁴⁹ Así como de las propuestas pedagógicas de María Montessori y Friedrich Fröbel,⁵⁰ discutidas en revistas de educación.

De esta forma, la actividad física debía estar “dosificada” según criterios de edad y sexo. El médico Enrique Garcés señalaba que durante el período de la segunda infancia se debía priorizar un programa de media hora diaria, con juegos de imitación, marchas con cantos y recitaciones, danza rítmica y la natación. Este programa buscaba estimular las funciones orgánicas como la respiración, la circulación y la digestión. Además, planteaba la necesidad de elaborar cuadros antropométricos que permitieran informar sobre el desarrollo fisiológico de la infancia. El objetivo de aplicar correctamente los criterios señalados posibilitaría el disciplinamiento y armonización del cuerpo del niño, atravesado por el control de los procesos biológicos.⁵¹

A partir de estas consideraciones los autores mencionados destacaban que el juego y la actividad física requerían de vigilancia. “Se debe vigilar el juego del niño, así como se vigila el sueño”, señalaba el médico Carlos Sánchez.⁵² A pesar de que las publicaciones analizadas no explicitaban quien debía guiar estas acciones, asumimos que al estar dirigidas a la población femenina, las responsables de regular las actividades lúdicas debieron ser las madres y las maestras. En 1921, un artículo en el diario *el comercio* titulado “Por la mujer” enfatizaba en la capacidad natural de las mujeres, especialmente de las madres para “educar” a los hijos. Ella podía “dominar en el niño, modelar sus costumbres, ilustrar su conciencia”.⁵³ En este sentido, la mujer-madre no solo debía garantizar el desarrollo físico del niño, sino que a través de actividades como juego buscaba preparar al niño “en el descubrimiento del mundo”,

⁴⁹ La pedagogía decrolyana proponía una concepción genético-biológica de la infancia, y permitió pensar en una educación que tomara en cuenta las características físicas y mentales de los niños, es decir una escuela “hecha a la medida” en la que se considerara no solo las edades de los niños, sino sus intereses y capacidades. Fernández Rueda, “La construcción moderna de los maestros y de la infancia en el Ecuador (1925-1948)”.

⁵⁰ La pedagogía froebeliana, aplicado en los Jardines de Infantes, propuso un método que “mezclaba trabajos y juegos con el fin de modelar el carácter y cultivar la mente de los niños” en edad preescolar. Cabanilla Cevallos, *Contribución al estudio de la mortalidad infantil en Guayaquil*.

⁵¹ Garcés, *Por, para y del niño*.

⁵² Sánchez, 51.

⁵³ Ofelia, “Por la mujer”, *El Comercio*, el 9 de mayo de 1921.

promover la curiosidad, la imaginación y estimular los sentidos. El médico Sánchez manifestaba que los juguetes de colores vivos y que hicieran ruido eran “los que más curiosidad despiertan”. En la segunda infancia, se debía fomentar y guiar la imaginación infantil para esto era necesario permitirle al niño inventar juegos que “le divirtieran e instruyeran al mismo tiempo”, y añadía que “los juegos al aire libre como la carrera, el balón, el aro son convenientes para esta edad”.⁵⁴ Si bien las publicaciones sobre la crianza de los hijos, no profundizan en el rol del juego y la actividad física. Es posible evidenciar algunos aspectos que guiaron los proyectos de control del cuerpo infantil. El juego no solo constituyó una necesidad fisiológica, sino que contribuyó a construir el ideal del niño robusto, activo y sano, que con una buena dirección materna se convertiría en un adulto fuerte y útil.

⁵⁴ Sánchez, *Breves nociones de Puericultura: para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas*.

Conclusiones

A partir del estudio de las representaciones de la infancia y la maternidad que desde el discurso médico guiaron las prácticas de crianza y disciplinamiento del cuerpo del niño entre 1920 y 1938, se establecieron algunas conclusiones generales.

En primer lugar se distingue una contradicción dentro de las aspiraciones liberales respecto al rol social de la mujer. Por una parte, se evidenció una serie de proyectos enfocados en garantizar la emancipación económica de la mujer, la inserción femenina en el campo laboral y el acceso al ejercicio de sus derechos políticos. Por otra parte, se fortaleció un discurso de género que priorizaba la función materna como elemento constitutivo de la feminidad. La mujer debía cumplir con una “misión biológica”, y a la vez patriótica, de dispensar los cuidados necesarios a los hijos para formar ciudadanos sanos, fuertes y útiles a los proyectos nacionales de progreso. Sin embargo, era indispensable emprender planes pedagógicos encaminados a enseñar a las mujeres a ser madres, ya que no era suficiente el ejercicio de la maternidad sino el ejercicio fundamentado en nociones de higiene y eugenesia.

En este contexto, los debates en torno a la educación femenina señalaban que debía estar direccionada a convertir a la mujer en una madre consciente de sus obligaciones biológicas y sociales, sobre cualquier otra aspiración. A pesar de que en el período de estudio, se fomentó el desarrollo profesional de las mujeres, especialmente en carreras sanitarias como la Enfermería y la Obstetricia, el ideal femenino funcional a los proyectos estatales era el de la madre instruida y amorosa. Por lo cual, el trabajo femenino era visto como un elemento perjudicial para la constitución femenina, y en especial para el ejercicio de una buena maternidad. El trabajo obligaba a las mujeres-madre a abandonar sus responsabilidades maternas y contribuía a elevar los índices de mortalidad infantil. Si bien no se proponía la prohibición del trabajo femenino se reconocía la tarea de crear instituciones y políticas sociales de protección a las madres trabajadoras y a sus hijos. Estas iniciativas buscaban reorientar a las mujeres a volver al espacio doméstico, enfatizaron en la necesidad estatal de promover el cumplimiento de las obligaciones maternas, especialmente asociadas con la alimentación, y el control de la población femenina e infantil.

Por otra parte, hasta inicios de la década de 1920, los programas de asistencia estuvieron asociados a la concepción de la salud como un asunto de la caridad y la filantropía, y fueron impulsados por sociedades privadas o instituciones como la Junta

de Beneficencia. A partir de la Revolución Juliana (1925), el interés inicial de protección a la *infancia en peligro* propuesto por el liberalismo se amplió y visibilizó la necesidad de atención médica y social a la mujer-madre. El influjo de las ideas socialistas permitió contemplar la atención a la enfermedad como un problema de Estado al que debía atender desde el nacimiento hasta la muerte del sujeto. En este contexto el cuidado a la niñez y la maternidad se convirtieron en ejes de preocupación estatal, e inspiraron la creación de instituciones y normativas dirigidas especialmente a estos sectores de la población como los Departamentos de Protección Infantil o la Sección pre-natal, natal y de protección infantil en la década de 1930.⁵⁵ No obstante, como señala Kim Clark, estas medidas fueron concebidas principalmente para la protección del niño, y secundariamente para sus madres.⁵⁶

Como segundo punto se destacan una serie de intentos de control de la población, especialmente dirigidos a los sectores populares, los mismos que no lograron consolidarse a pesar de los múltiples dispositivos de propaganda y difusión utilizados por el Estado y la institución médica. El discurso higienista planteaba que en las costumbres del pueblo radicaba el obstáculo que retrasaba el avance del progreso nacional. Las condiciones de pobreza en las que vivía la mayor parte de la población y la ignorancia, especialmente de las madres constituyeron la principal causa del proceso de degeneración social por el que atravesaba el país. Por ello, a inicios de 1920, se fortaleció la demanda por el cuidado científico e higiénico de los niños como la base de las iniciativas de protección de la infancia. De esta forma, la medicina moderna, a través de la puericultura, deslegitimó los saberes tradicionales y empíricos sobre procesos biológicos como el embarazo, el parto y la misma crianza de los hijos, que hasta el momento se habían aplicado.

La introducción de la puericultura buscaba modernizar las prácticas maternas, desde una perspectiva biomédica cuyos consejos estuvieron destinados a garantizar la vida del niño en su primera infancia. Por lo cual se propone un proyecto disciplinario para el cuerpo de la mujer-madre y el niño basado en la introducción de estrictos regímenes que regulan aspectos fisiológicos como la alimentación, el movimiento y el cuidado del cuerpo. A pesar de que la autoridad del médico guío estos procesos no

⁵⁵ Adicionalmente se crearon Escuelas Maternales, Hogares Infantiles, Colonias Vacacionales, se dictaron decretos para el sostenimiento de dichas instituciones.

⁵⁶ Kim Clark, "Género, raza y nación: La protección de la infancia en el Ecuador (1910-1945)", en *Antología de Estudios de Género* (Quito: FLACSO Sede Ecuador, 2001), 192.

determinó el éxito en su aplicación, y las prácticas empíricas y tradicionales se mantuvieron intactas, especialmente en zonas rurales.

Por otra parte, la puericultura denota una separación de tareas dentro de la institución médica. Los médicos, generalmente hombres, se encargaron del estudio teórico sobre la crianza y cuidado del niño. A pesar del fortalecimiento de las especialidades médicas como la pediatría, los médicos no se encargaban directamente de la aplicación de las pautas establecidas por ellos, en sus tratados sobre protección de la infancia y crianza. La parte práctica estuvo a cargo de las profesionales sanitarias quienes, debían guiar a las madres en la forma correcta de atender las necesidades sus hijos. Además, cumplían un papel moralizador, ya que estas profesionales debían transmitir a las mujeres de los sectores populares los valores culturales sobre la maternidad y la infancia defendidos por las clases dominantes y el Estado.

Finalmente, el análisis crítico de las tres publicaciones especializadas ilumina sobre la manera en que los médicos ecuatorianos entienden la puericultura, y a través de este saber configuraron una dupla discursiva que permitió por una parte, visibilizar al niño como un sujeto con un espacio y necesidades diferenciadas; y por otra parte, se evidencia una doble sujeción de los cuerpos femenino e infantil, ya que el niño se representaba como un sujeto dependiente de un cuerpo adulto para su sobrevivencia. A la vez que la mujer no podía ni debía rehuir a sus deberes como madre, ya que su presencia es indispensable para la crianza de sus hijos. En conjunto, estos procesos e iniciativas marcaron la construcción de concepciones de infancia y maternidad con las que se buscaba homogenizar a la población, y que respondían a una corriente internacional para la protección del niño fundamentado en ideas eugenésicas. Corriente presente en el mundo durante la primera mitad del siglo XX, y con rasgos incipientes de transformar al niño en un sujeto de derechos.

Esta investigación intento responder a una interrogante enfocada en entender la forma en que la puericultura contribuyó a configurar las concepciones de maternidad e infancia y sirvió, además, como un recurso para la creación de políticas sociales para el control y protección de la población femenina e infantil. En este sentido, es preciso señalar que no pretende ser un estudio terminado, y más bien busca invitar a la reflexionar sobre la historia de las mujeres y los niños en el espacio ecuatoriano. Por esta razón, consideramos que al finalizar este ejercicio, varias temáticas no pudieron ser profundizadas y nos impulsa a interrogarnos sobre las otras formas de crianza practicadas que se buscan ocultar con el discurso modernizador.

Bibliografía

Archivos Consultados

Archivo-Biblioteca del Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”
 Archivo-Biblioteca del Ministerio de Cultura y Patrimonio (BMCP)
 Biblioteca Aurelio Espinosa Pólit (BAEP).
 Biblioteca de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE).
 Biblioteca Nacional del Ecuador (BNE)
 Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas (BFCE)

Fuentes primarias

Revistas

Anales de la Universidad Central, abril-junio 1921 hasta julio-septiembre de 1931.
Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana, 1925 hasta 1929
Educación, enero de 1926 hasta julio de 1927
Revista del Centro de Estudiantes de Medicina, 1930
Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, 1969

Periódicos

El Comercio, enero 1920 hasta octubre 1935.

Estatutos, informes y leyes

Congreso Nacional del Ecuador. *Código de Menores*. Quito: Imprenta del Ministerio de Gobierno, 1938.
 ———. “Ley Orgánica de Hogares de Protección Social”. *Registró Oficial* (15), noviembre de 1937.
 ———. “Ley sobre trabajo de mujeres y menores y de protección a la maternidad”. *Registro Oficial*, de octubre de 1928.
 Cruz Roja Ecuatoriana. *Boletín de Información*. Quito: Talleres Tipográficos Nacionales, 1928.
 Dirección General de Sanidad. *Reglamento Interno para la Sección pre-natal, natal y de protección infantil*. Quito: Imprenta Nacional, 1935.
 Dirección General de Hogares de Protección Social. *Reglamento de Casas Cuna*. Quito: Talleres Gráficos de Educación, 1938.
 Martínez, Luis. *Informe anual del delegado de Sanidad de la Provincia de Tungurahua*. Ambato: Imprenta Escolar de R. Costales, 1936.
 República del Ecuador. Ley de Servicio Sanitario Nacional. Quito: Imprenta Nacional, 1935.
 Sociedad de La Gota de Leche. *Estatutos de la Sociedad de La Gota de Leche*. Quito: Imprenta y Encuadernación Nacionales, 1920.
 ———. *Reglamento interno de La Gota de Leche*. Quito: Imprenta del Clero, 1923.
 Sociedad Protectora de la Infancia. *Informe anual presentado por el DR. J.M. Estrada Coello, presidente de la Sociedad Protectora de la Infancia a la Junta General*

de Enero de 1931, correspondiente a al año 1930. Guayaquil: Imprenta y Papelería Mercurio, 1931.

Documentación oficial de la Dirección General de Sanidad, 1920 -1937.

Actas de sesión de la Junta Central de Beneficencia, 1920- 1926

Actas de sesión de la Junta Central de Asistencia Pública, 1926-1938

Libros

Andrade Marín, Carlos. *La Protección de la Infancia en el Ecuador*. Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1929.

———. *Siete Clases de Higiene Social*. Quito: Talleres Gráficos de Educación, 41.

Bastidas, Antonio. *Contribución al estudio de la protección de la Infancia en el Ecuador y Demografía Nacional*. Quito: Imprenta Municipal, 1924.

Cabanilla Cevallos, Francisco. *Contribución al estudio de la mortalidad infantil en Guayaquil*. Guayaquil: Imprenta “El Diario”, 1929.

Crespo, Emiliano. *Conferencia sobre puericultura*. Cuenca: Tipografía de la Universidad, 1926.

Garcés, Enrique. *Por, para y del niño*. Vol. I. Quito: Talleres Gráficos de Educación, 1937.

Sánchez, Carlos. *Breves nociones de Puericultura: para uso de los últimos grados de las escuelas y colegios de niñas*. Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1928.

Bibliografía Secundaria

Agostoni, Claudia. “Discurso médico, cultura higiénica y la mujer en la ciudad de México al cambio de siglo (XIX –XX)”. *Mexican Studies/Estudios Mexicanos* 18, n.º 1 (2002): 1–22. <https://doi.org/10.1525/msem.2002.18.1.1>.

Albán, Jessica. *Historia del Hospital de Portoviejo “Dr. Verdi Cevallos Balda”*. Quito: Spi, 2006.

Alfaro Gómez, Cecilia. “Puericultura, higiene y control natal. La visión de Esperanza Velázquez Bringas sobre el cuidado materno-infantil en México, 1919-1922”. *Historia Autónoma*, n.º 1 (septiembre. 2012): 108–19.

Altamirano, Carlos, ed. “Campo Intelectual”. En *Términos críticos de sociología de la cultura*, 9–10. Buenos Aires: Paidós, 2008.

Alvarez, Mónica. “‘Para cuidar un ser que apenas se bosqueja en las entrañas de lo desconocido’. Surgimiento de la puericultura en Colombia en la primera mitad del siglo XX””. Licenciatura, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2015.

Andrade Marín, Carlos. *Lo que toda madre debe saber*. 1a ed. Quito: Instituto de Previsión Social, 1944.

———. *Siete Clases de Higiene Social*. Quito: Talleres Gráficos de Educación, 41.

Astudillo Espinosa, Celín. *Páginas históricas de la medicina ecuatoriana. Instituciones, ideas y personajes*. Quito: Instituto Panamericano de Geografía histórica, 1981.

- Bastidas, Antonio. *Contribución al estudio de la protección de la Infancia en el Ecuador y Demografía Nacional*. Quito: Imprenta Municipal, 1924.
- Bedoya, María Elena. *Triciclos: Espacios lúdicos y objetos culturales de la infancia en el Ecuador entre 1890-1940*. Quito: Banco Central del Ecuador, 2008.
- Bethell, Leslie, ed. *América Latina: cultura y sociedad, 1830-1930*. Historia de América Latina 8. Barcelona: Critica, 1999.
- Boltanski, Luc. *Puericultura y moral de clase*. Barcelona: Laia, 1974.
- Borinsky, Marcela. “‘Todo reside en saber qué es un niño’. Aportes para una historiade la divulgación de las prácticas de crianza en la Argentina”. *Anuario de Investigaciones UBA XIII* (2005): 117–26.
- Bracamonte, Lucía. “Mujeres benefactoras en el sudoeste bonaerense argentino: el caso del Patronato de la Infancia de Bahía Blanca, 1906-1931”. *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local* 4, núm. 7 (el 1 de enero de 2012): 48–84. <https://doi.org/10.15446/historelo.v4n7.25148>.
- Briolotti, Ana. “Educando a los padres argentinos: un análisis a través de los manuales de puericultura de Aráoz Alfaro y Garrahan”. *Avances del Cesor* 13, núm. 15 (diciembre de 2016): 39–60.
- . “Las relaciones entre pediatría, puericultura y saberes *psi* en el Río de la Plata (1930-1963)”, 240–49. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, 2014. <http://hdl.handle.net/10915/51490>.
- Bruno, Paula. “Positivismo y cultura científica. Escenarios, hombres e ideas”. *Prismas - Revista de Historia Intelectual* 19, núm. 1 (2015). <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=387042861014>.
- Cabanilla Cevallos, Francisco. *Contribución al estudio de la mortalidad infantil en Guayaquil*. Guayaquil: Imprenta “El Diario”, 1929.
- Cabrera, Pomerio, Humberto Ordoñez, y Carlos Alberto Guarderas. “Contribución al estudio de la alimentación del obrero de Quito”. *Anales de la Universidad Central del Ecuador* XLVII, n.º. 277 (1931): 89–105.
- Carrillo, Ana María. “La ‘Civilización’ del Amor”. En *Amor e historia*, 409–40. La expresión de los afectos en el mundo de ayer. México: Colegio de Mexico, 2013. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt14jxp05.20>.
- Casas, Lidia, y Tania Herrera. “Maternity protection vs. maternity rights for working women in Chile: a historical review”. *Reproductive Health Matters* 20, n.º 40 (2012): 139–47.
- Castillo Troncoso, Alberto del. “La polémica en torno a la educación sexual en la ciudad de México durante la década de los años treinta: conceptos y representaciones de la infancia”. *Estudios Sociológicos* 18, n.º 52 (2000): 203–26.
- Chilig, Enma. “‘Los seres débiles son la causa de la decadencia de las naciones’. Control y protección de la infancia en el marco de la institucionalización de la higiene en Quito entre 1914 -1937”. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2017. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/13344>.
- Clark, Kim. *Gender, State, and Medicine in Highland Ecuador: Modernizing Women, Modernizing the State, 1895-1950*. University of Pittsburgh Pre, 2012.

- . “Gender, Class, and State in Child Protection Programs in Quito.” En *Gender, State, and Medicine in Highland Ecuador: Modernizing Women, Modernizing the State, 1895-1950*, 272. Pitt Latin American Studies. Pittsburgh: University of Pittsburgh Pre, 2012.
- . “Género, raza y nación: La protección de la infancia en el Ecuador, 1910-1940”. En *Palabras del Silencio. Las mujeres latinoamericanas y su historia*, editado por Martha Moscoso, 220–56. Quito: Abya-Yala, 1995.
- Colmenar, Carme. “La institucionalización de la maternología en España durante la Segunda República y el Franquismo”. *Historia de la educación: Revista interuniversitaria*, n.º 28 (2009): 161–83.
- Cordoví Núñez, Yoel. “Cuerpo, pedagogía y disciplina escolar en Cuba: dispositivos de control desde los discursos higienistas (1899 - 1958)”. *Tzintzun. Revista de Estudios Históricos*, núm. 56 (diciembre de 2012): 93–136.
- Cruz Roja Ecuatoriana. *Boletín de Información*. Quito: Talleres Tipográficos Nacionales, 1928.
- Cruz Roja Panamericana. “Segunda Conferencia Panamericana de La Cruz Roja”. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana* 5, núm. 8 (1926): 347–50.
- Dávila, Luis. “La gota de Leche, lo que se puede aguardar en Quito de esta obra de protección infantil.” *Anales de la Universidad Central del Ecuador*, núm. 246 (junio de 1923): 199–254.
- De la Torre, Patricia. “El poder simbólico de la Junta de Beneficiencia de Guayaquil”. *Procesos. Revista ecuatoriana de historia*, 1996.
- . *La Junta de Beneficencia de Guayaquil. Lo privado y local en el estado ecuatoriano*. Quito: Abya-Yala, 1999.
- Donzelot, Jacques. *La policía de las familias : familia, sociedad y poder*. Traducido por Alejandrina Falcón. Buenos Aires: Nueva vision, 2008.
- Dos Santos Lamprecht, Cláudia Amaral. “Conselhos às mães: manuais de puericultura como estratégia biopolítica na constituição de infâncias saudáveis e normais”. *TEXTURA - ULBRA* 16, n.º 32 (noviembre. 2014). <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1252>.
- Estrada, Jenny. *Una mujer total. Matilde Hidalgo de Prócel*. Guayaquil: Grupo Santillana, 2004.
- Estrella, Eduardo. *Medicina y estructura socio-económica*. Quito: Belén, 1980.
- Fernández Rueda, Sonia. “La construcción moderna de los maestros y de la infancia en el Ecuador (1925-1948): ‘la cuestión social’, la ‘escuela activa’ y las nuevas ciencias humanas”. Tesis de Doctorado. Universidad Andina Simón Bolívar. 2013. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3436>.
- Foucault, Michael. *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores, 1992.
- . *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber*. Vol. 1. 3 vols. México: Siglo Veintiuno, 1977.
- . “Historia de la medicalización”. *Educación Médica y Salud* 11, núm. 1 (1977): 3–25.
- . “El sujeto y el poder”. *Revista Mexicana de Sociología* 50, n.º 3 (1988): 3–20. <https://doi.org/10.2307/3540551>.

- Funes, Patricia. "De la revolución a la evolución, orden y progreso." En *Historia mínima de las ideas políticas en América Latina*, 63–79. México: Colegio de México, 2014.
- García, Diana Marcela Aristizábal. "Niños deseantes y mercados emergentes. Reflexión histórica sobre la infancia y el consumo en Colombia, primera mitad del siglo XX". *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, núm. 8 (2016): 200–225.
- Goetschel, Ana María. *Educación de las mujeres, maestras y esferas públicas*. Quito: FLACSO Sede Ecuador; Abya Yala, 2007.
- . *Mujeres e Imaginarios. Quito en los inicios de la modernidad*. Quito: FLACSO Sede Ecuador, 1999.
- Guardarrama, Pablo. *Positivismo y antipositivismo en América Latina*. La Habana: Ciencias Sociales, 2004.
- Guarderas, Fabián. *Talentos médicos ecuatorianos*. Quito: Facultad de Ciencias Médicas, 1998.
- Hernández, Decsi Arévalo. "Muchas acciones y una solución distante. Mecanismos gubernamentales de protección social en Bogotá, 1930-1945". *Historia Crítica*, (abril. 2017).
<https://revistas.uniandes.edu.co/doi/abs/10.7440/histcrit39E.2009.09>.
- Jijón, Antonio. "Apuntes históricos sobre la Obstetricia". *Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia* VIII, n.º 21–24 (septiembre. 1966).
- Kingman, Eduardo. *La ciudad y los otros, Quito 1860-1940: higienismo, ornato y policía*. 2a ed. Quito: Flacso-Sede Ecuador/ FONSAL, 2008.
- Landázuri Camacho, Mariana. *Salir del encierro : medio siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro*. Vol. 30. Colección histórica. Quito: Banco Central del Ecuador, 2008.
- León Jiménez, Ninfa. "La salud pública en el Ecuador durante las primeras décadas del siglo XX." En *Revolución juliana y salud colectiva*, 49–78. Colección popular 15 de noviembre 12. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; Corporación Editora Nacional, 2012.
- Loredo, José Carlos. "Cultivar bebés, gobernar ciudadanos: un viaje de ida y vuelta por la puericultura española moderna." *Revista de Historia de la Psicología*, núm. 37 (2016): 47–54.
- Loredo, José Carlos, y Belén Jiménez Alonso. "Small Citizens: The Construction of the Child in the First Subjectivity Spanish and Latin American Childcare". *Universitas Psychologica* 13, núm. SPE5 (diciembre de 2014): 1955–65.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.pccs>.
- Maiguashca, Juan, y Lisa North. "Orígenes y significado del Velasquismo: Lucha de clases y participación política en el Ecuador, 1920-1970". En *La cuestión regional y el poder*, editado por Rafael Quintero, 89–159. Quito: Corporación Financiera Nacional/ Flacso-E/ Cerlac, 1991.
- Mannarelli, María Emma, y Betty Alicia Rivera Caro. "Una aproximación histórica a la salud infantil en el Perú: las mujeres en el cuidado de la infancia (1900-1930)". *Investigaciones Sociales* 15, n.º 27 (2011): 445–55.

- Martínez, Luis. *Informe anual del delegado de Sanidad de la Provincia de Tungurahua*. Ambato: Imprenta Escolar de R. Costales, 1936.
- Martínez, Pedro Luis Moreno. “La protección a la infancia en Cartagena (1908-1936): instituciones e iniciativas”. *Historia de la educación: Revista interuniversitaria*, n.º 18 (1999): 127–47.
- McCleary, G. F. “The Infants’ Milk Depot: its History and Function”. *The Journal of Hygiene* 4, n.º 3 (julio de 1904): 329-368.
- Naranjo, Plutarco. *Pensamiento médico ecuatoriano II, Estudio introductorio y selección Plutarco Naranjo*. Vol. II. Quito: Corporación Editora Nacional; Ministerio de Cultura, 2011.
- Nash, Mary. “Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939”. En *Historia de las mujeres*, editado por Georges Duby y Michelle Perrot, 5:687–708. Madrid: Taurus, 2000.
- Nóbrega, Enrique. *La mujer y los cercos de la modernización: los discursos de la medicina y el aparato jurídico*. Caracas: Fundación CELARG, 1997.
- O
- Orquera Polanco, Katerinne. “La agenda de los gobiernos liberales-radicales respecto a la instrucción pública, especialmente de las mujeres (1895-1912).” Tesis de Maestría. Universidad Andina Simón Bolívar. 2013. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3788>.
- Palacio, Irene. *Mujeres ignorantes: madres culpables. Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*. Valencia: Universitat de València, 2003.
- Paladines, Carlos. *Pensamiento positivista ecuatoriano*. Vol. 16. Biblioteca Básica del Pensamiento Ecuatoriano. Quito: Banco Central del Ecuador /Corporación Editora Nacional, 1979.
- Palma, Héctor A. “Eugenesia y Educación en la Argentina”. En *Historias de salud y la enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX*, editado por A. Carbonetti y R. González Leandri, 231–152. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados-CONICET, 2008.
- Palomar Varea, Cristina. “Maternidad: Historia y Cultura”. *Revista de Estudios de Género “La ventana”*, n.º 22 (2005): 35–67.
- Paredes Borja, Virgilio. *Historia de la medicina en el Ecuador*. Vol. 2. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana, 1963.
- Pavez Soto, Iskra. “Sociología de la Infancia: las niñas y los niños como actores sociales”. *Revista de Sociología*, núm. 27 (2012). <https://doi.org/10.5354/0719-529X.2012.27479>.
- Pedraza, Zandra. *En cuerpo y alma: Visiones del progreso y de la felicidad*. Bogotá, 1999.
- Rodas, Germán. *Revolución juliana y salud colectiva*. Colección popular 15 de noviembre 12. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; Corporación Editora Nacional, 2012.
- Rodríguez Ocaña, Esteban, y T Ortiz Gómez. “Los Consultorios de Lactantes y Gotas de Leche en España”. *Jano XXIX* (1985): 1066–1077.

- Rollet, Catherine. "The fight against infant mortality in the past". En *Infant and child mortality in the past*, editado por Alain Bideau, Bertrand Desjardins, y Héctor Pérez Brignoli, 38–60. New York: Clarendon Press Oxford, 1997.
- Ron, Sophia Checa. "Prostitución femenina en Quito: actores, perspectiva moral y enfoque médico (primera mitad del siglo XX)". *Procesos. Revista ecuatoriana de historia* 0, n.º 43 (2016): 121–46.
- Saldarriaga, Óscar, Javier Sáenz Obregón, y Armando Ospina. *Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946. Raza, examen, método y sociedad*. Vol. 2. Medellín: Foro Nacional por Colombia, 1997.
- Sapriza, Graciela. "Mentiras y silencios: el aborto en el Uruguay del novecientos". En *Historias de la vida privada en el Uruguay: el nacimiento de la intimidad, 1870-1920*, 2:115. Montevideo: Santillana, 1996.
- Stern, Alexandra Minna. "Making Better Babies: Public Health and Race Betterment in Indiana, 1920–1935". *American Journal of Public Health* 92, n.º 5 (mayo. 2002): 742–52.
- Suárez, Pablo Arturo. *Contribución al estudio de las realidades entre las clases obreras y campesinas*. Quito: Imprenta de la Universidad Central, 1934.
- Suárez y López-Guazo, Laura. "La Sociedad Mexicana de Eugenesia: selección y mejoramiento racial". En *El darwinismo en España e Iberoamérica*, editado por Thomas Glick, Rosaura Ruiz, y Miguel Ángel Puig-Samper, 187–97. México D.F: Universidad Nacional Autónoma de México; Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Ediciones Doce Calles, 1999.
- Terán Najas, Rosemarie. "La escolarización de la vida : el esfuerzo de construcción de la modernidad educativa en el Ecuador : (1821-1921)". Tesis de Doctorado. UNED. 2015. <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Educacion-Rteran>.
- Urquijo, Natalia María Gutiérrez. "El certificado médico prenupcial en Antioquia (Colombia), 1933-1936". *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local* 9, n.º 17 (enero. 2017): 221–49. <https://doi.org/10.15446/historelo.v9n17.55511>.
- Valderrama, Jorge Márquez. "Presentación del dossier 'Cuerpo, enfermedad, salud y medicina en la historia'". *Historia Crítica*, n.º 46 (el 19 de abril de 2017): 11–16.
- Villareal, Milagros. "Profesionalización y control social en la Escuela Nacional de Enfermeras de la Universidad Central del Ecuador (1942-1970)". Tesis de Maestría. Universidad Andina Simón Bolívar. 2016. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/5496>.